



Victimes d'inceste en maternité. État des lieux de la connaissance et des pratiques des sages-femmes

Adélaïde Ambroise

► To cite this version:

Adélaïde Ambroise. Victimes d'inceste en maternité. État des lieux de la connaissance et des pratiques des sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00873980

HAL Id: dumas-00873980

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873980>

Submitted on 16 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 4 Avril 2013

par

Adélaïde AMBROISE

Née le 27 juillet 1989

VICTIMES D'INCESTE EN MATERNITE

Etat des lieux de la connaissance et des pratiques des sages-
femmes

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme KRAMER Estelle

Sage-femme coordinatrice AIVI,
Hôpital Simone Veil, Montmorency

JURY :

M. le Pr CABROL Dominique
Mme DUQUENOIS Sylvie
Mme BENJILANY Sarah
Mme DUCHAUFFOUR Caroline
Mme VEROT Christèle

Directeur technique et d'enseignement à l'ESF Baudelocque
Représentante de la directrice de l'ESF Baudelocque
Sage-femme psychologue, Enghien-les-Bains
Sage-femme, Maternité Port-Royal, Cochin
Sage-femme enseignante co-directrice, ESF Baudelocque

N° du mémoire : 2013PA05MA02

Remerciements

Merci à Mme Kramer, ma directrice de mémoire, qui m'a permis de m'intéresser à un thème peu abordé dans notre formation.

Merci à Mme Vérot pour sa patience, ses conseils, sa disponibilité tout au long de cette année. Ses relectures attentives et ses encouragements ont permis à cette aventure du mémoire d'arriver à son terme.

Merci à Mme Méninat qui m'a accompagnée et soutenue pendant mes trois premières années à l'école de sages-femmes. Sa présence, son écoute et sa confiance ont permis à ce mémoire d'émerger et d'être accueilli à Villeneuve-Saint-Georges.

Merci à Nathalie Lafrance pour la gentillesse de son accueil et sa disponibilité.

Merci aux cadres des maternités qui ont accepté d'être des terrains du mémoire.

Merci à toutes les sages-femmes qui ont répondu au questionnaire : le temps qu'elles lui ont consacré m'a été très précieux.

Merci à ma famille pour leur soutien indéfectible : Bathilde pour ses lumières en analyse de données et ses critiques constructives, Maman pour ses relectures nombreuses et de qualité, Papa pour ses conseils de statisticien et son regard sur mon travail, Annick et Daniel pour leur présence et leurs encouragements dès le premier jour.

Merci à mes amies de promotion qui ont éclairées ces quatre années d'apprentissage.

Merci à Baptiste de toujours me faire confiance.

Merci à Lucile pour son inlassable présence, son écoute attentive et ses nombreux encouragements.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures.....	III
Liste des annexes	IV
Lexique	V
Introduction.....	1
Première partie Cadre Conceptuel	3
1. Généralités.....	3
1.1 Définitions.....	3
1.2 Epidémiologie	4
1.3 Cadre juridique	5
2. Les conséquences de l'inceste.....	6
2.1 Le syndrome post-traumatique	6
2.1.1 Les mécanismes neurobiologiques.....	6
2.1.2 Le somatique	7
2.1.3 Le syndrome d'accomodation.....	8
2.1.4 Le déni.....	8
2.2 Les troubles du comportement.....	9
3. Les répercussions de l'inceste sur la parentalité	10
3.1 La relation de couple	10
3.2 Le désir d'enfant.....	11
3.3 La grossesse	12
3.4 L'accouchement	14
3.5 Le post-partum	16
3.5.1 Le post-partum chez la mère.....	16
3.5.2 Devenir parents	16
4. Le rôle de la sage femme et de l'équipe médicale.....	18
4.1 Les attentes des patientes envers l'équipe médicale.....	18
4.2 Le dépistage.....	19
4.2.1 Le dépistage systématique.....	19
4.2.2 Le dépistage sur signes d'appel	19
4.3 La prise en charge et l'orientation	21
4.4 Les difficultés rencontrées dans la relation soignants-soignés	22
Deuxième partie Méthodologie.....	24
1. Les objectifs de l'étude	24

2. Les hypothèses de l'étude	24
3. Le type d'étude.....	25
3.1 Critères d'inclusion.....	25
3.2 Critères d'exclusion	25
4. Réalisation de l'étude	25
5. Analyse statistique.....	26
Troisième partie Résultats de l'étude.....	27
1. Population de l'étude.....	27
1.1 Répartition par secteurs d'activité	27
1.2 Répartition géographique.....	28
1.3 Les années d'expérience des sages-femmes interrogées	28
2. Formation et connaissance des sages-femmes	29
2.1 Formation des sages-femmes.....	29
2.1.1 Relation formation et désir de formation des sages-femmes.....	30
2.1.1.1 Satisfaction des sages-femmes vis-à-vis de leur formation	30
2.1.1.2 Relation entre satisfaction vis-à-vis de la formation et désir de formation supplémentaire	31
2.1.2 Relation entre le désir de formation et le fait d'avoir suivi ou non des patientes victimes d'inceste.....	31
2.2 Connaissance des sages-femmes	32
2.2.1 Niveau de connaissances donné par les sages-femmes	32
2.2.2 Réponse aux questions de connaissance.....	32
2.2.2.1 Les signes d'appel	32
2.2.2.2 Les conséquences pendant la grossesse	33
2.2.2.3 Les conséquences pendant l'accouchement.....	33
2.2.2.4 Les conséquences pendant le post-partum	34
2.2.2.5 Les conséquences sur la relation parents-enfant	35
2.2.2.6 La fréquence de l'inceste en France	35
2.2.2.7 La fréquence de l'inceste en France	36
2.2.3 Score de connaissance	36
2.2.3.1 Relation entre niveau de connaissance par le score et formation	38
2.2.3.2 . Corrélation entre le niveau de connaissances par le score et les années d'expérience	38
3. Dépistage des violences sexuelles notamment l'inceste par les sages femmes	39
3.1 A quel moment les sages-femmes dépistent les violences?	39
3.2 Comment les sages-femmes dépistent l'inceste?	40
3.2.1 Relation entre la technique de dépistage de l'inceste et la fréquence	40
3.2.2 Relation entre la technique de dépistage de l'inceste et la connaissance des signes d'appel	40
3.3 Relation entre la fréquence de dépistage de l'inceste et la sensibilisation sur ce sujet	41
3.3.1 Fréquence de dépistage de l'inceste et suivi de patientes victimes	41
3.3.2 Fréquence de dépistage de l'inceste et formation ou information des sages-femmes	41
3.4 Relation entre la fréquence de dépistage et le niveau de connaissances donné par les sages-femmes	41

3.5 Relation entre la fréquence de dépistage et le niveau de connaissances donné par le score ...	42
4. Prise en charge des patientes ayant été victimes d'inceste lors de leur parcours en maternité	42
4.1 Nombre de sages-femmes ayant suivi des victimes d'inceste.....	42
4.2 Modification de la prise en charge	43
4.3 Orientation des patientes vers un autre professionnel	44
4.4 Connaissance des organismes où adresser les patientes ayant été victimes d'inceste	44
5. Ressenti des sages femmes vis-à-vis de patientes ayant été victimes d'inceste	45
5.1 Ressenti des sages-femmes face à la situation d'inceste	45
5.2 Les sages-femmes abordent elles le sujet de l'inceste avec les patientes victimes ? .	45
5.2.1 Relation entre l'abord du sujet de l'inceste et la formation	45
5.2.2 Relation entre l' abord du sujet de l'inceste et les connaissances des sages-femmes .	46
5.2.2.1 Connaissance donnée par les sages-femmes	46
5.2.2.2 Connaissance donnée par le score	46
5.3 Satisfaction des patientes selon les sages-femmes	46
Quatrième partie Analyse et Discussion	47
1. Evaluation de la validité de l'étude	47
1.1 Evaluation de la population de l'étude	47
1.2 Evaluation du type d'étude: forces et limites	48
2. Evaluation des résultats.....	48
2.1 Formation et connaissances des sages-femmes sur le sujet de l'inceste	48
2.1.1 Les connaissances des sages-femmes	48
2.1.2 La formation des sages-femmes	53
2.2 Le dépistage des violences, en particulier celui de l'inceste, chez les sages-femmes.	54
2.3 La prise en charge des patientes ayant été victimes d'inceste à la maternité.....	56
2.4 Le ressenti des sages-femmes face à la situation d'inceste	59
3. Propositions et pistes de recherche	62
3.1 La formation	62
3.2 Le dépistage.....	63
3.3 L'orientation.....	63
3.4 Les pistes de recherche.....	64
Conclusion.....	65
Bibliographie.....	66
Annexes.....	69

Liste des tableaux

Tableau 1 : Formation et information sur l'inceste des sages-femmes de notre échantillon	29
Tableau 2 : Désir de formation des sages-femmes de l'échantillon	29
Tableau 3 : Satisfaction des sages-femmes vis-à-vis de leur formation ou information	30
Tableau 4 : Relation entre la satisfaction et le désir de formation supplémentaire	31
Tableau 5 : Nombre de signes d'appel évoquant des victimes d'inceste donné par les sages-femmes	32
Tableau 6 : Les signes d'appel les plus fréquemment cités.....	32
Tableau 7 : Existence de conséquences de l'inceste sur la grossesse selon les sages-femmes.....	33
Tableau 8 : Les conséquences pendant la grossesse les plus fréquemment citées	33
Tableau 9 : Existence de conséquences de l'inceste sur l'accouchement selon les sages-femmes	33
Tableau 10 : Les conséquences pendant l'accouchement les plus fréquemment citées	34
Tableau 11 : Existence de conséquences de l'inceste lors du post-partum selon les sages-femmes.....	34
Tableau 12 : Les conséquences lors du post-partum les plus fréquemment citées.....	34
Tableau 13 : Existence de conséquences de l'inceste sur la relation parents-enfant selon les sages-femmes .	35
Tableau 14 : Les conséquences sur la relation parents-enfant les plus fréquemment citées	35
Tableau 15 : La fréquence de l'inceste en France selon les sages-femmes	35
Tableau 16 : Connaissance des recommandations de l'HAS.....	36
Tableau 17 : Relation entre le niveau de connaissance donné par le score et la formation des sages-femmes	38
Tableau 18 : Moment de réalisation des dépistages des violences des sages-femmes	39
Tableau 19 : Méthode de dépistage de l'inceste des sages-femmes.....	40
Tableau 20 : Relation entre la méthode de dépistage et la fréquence de dépistage de l'inceste	40
Tableau 21 : Relation entre la méthode de dépistage et le nombre de signes d'appel cité évoquant une femme victime d'inceste.....	40
Tableau 22 : Relation entre la fréquence de dépistage de l'inceste et le fait d'avoir suivi ou non des patientes victimes.....	41
Tableau 23 : Relation entre la fréquence de dépistage de l'inceste et la formation ou l'information des sages-femmes	41
Tableau 24 : Relation entre la fréquence de dépistage de l'inceste et le niveau de connaissances donné par les sages-femmes	41
Tableau 25 : Relation entre la fréquence de dépistage de l'inceste et le niveau de connaissances donné par le score.....	42
Tableau 26 : Modification de la prise en charge face à une patiente ayant été victime d'inceste	43
Tableau 27 : Modifications de prise en charge les plus fréquemment citées par les sages-femmes	43
Tableau 28 : Orientation vers un professionnel.....	44
Tableau 29 : Les professionnels les plus fréquemment cités pour l'orientation	44

Tableau 30 : Connaissance des associations où adresser les victimes	44
Tableau 31 : Ressenti des sages-femmes face à la situation d'inceste.....	45
Tableau 32 : Abord du sujet de l'inceste avec les patientes victimes par les sages-femmes.....	45
Tableau 33 : Relation entre l'abord du sujet de l'inceste avec les patientes et la présence d'une formation..	45
Tableau 34 : Relation entre l'abord du sujet de l'inceste avec les patientes et le niveau de connaissances donné par les sages-femmes	46
Tableau 35 : Relation entre l'abord du sujet de l'inceste avec les patientes et le niveau de connaissances donné par le score.....	46
Tableau 36 : Satisfaction des patientes victimes d'inceste vis-à-vis de la prise en charge selon les sages-femmes.....	46

Liste des figures

Figure 1 : Mode d'exercice des sages-femmes de l'échantillon	27
Figure 2 : Type de maternité des sages-femmes hospitalières de l'échantillon	27
Figure 3 : Lieux d'activité des sages-femmes de l'échantillon	28
Figure 4 : Répartition de l'expérience	28
Figure 5 : Relation entre la formation ou information préexistante des sages-femmes et leur désir de formation actuel	30
Figure 6 : Relation entre le besoin de formation et le fait d'avoir suivi des victimes	31
Figure 7 : Niveau de connaissances donné par les sages-femmes	32
Figure 8 : Répartition du score	36
Figure 9 : Niveau de connaissances des sages-femmes donné par le score	37
Figure 10 : Relation entre le niveau de connaissance donné par le score et celui donné par les sages-femmes	37
Figure 11 : Corrélation entre les années d'expérience et le score de connaissances	38
Figure 12 : Fréquence des dépistages des violences, des violences sexuelles et de l'inceste pratiqués par les sages-femmes	39
Figure 13 : Nombre de sages-femmes ayant suivi des victimes d'inceste	42
Figure 14 : Schéma du parapluie protecteur de la pratique sensible de Santé Canada avec les 7 axes	57

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire de l'étude	70
Annexe II : Signes d'appel et conséquences cités par les sages femmes	73
Annexe III : Les différentes prises en charge et orientations citées par les sages-femmes .	76
Annexe IV : Contacts utiles	78
Annexe V : Témoignages	80

Lexique

AIVI : Association Internationale des Victimes d’Inceste

AS : Assistants Sociaux

AVB : Accouchement Voie Basse

CDDPS : Centre Départemental de Dépistage et de Prévention Sanitaire

CFCV : Collectif Français Contre le Viol

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDFF : Centre d’Information des Droits des Femmes et des Familles

CMS : Centre Municipal de Santé

CS : Consultation

DREES : Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques

EE : Efforts Expulsifs

FC : Fausse Couche

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAF : Mouvements Actifs Fœtaux

MAP : Menace d’Accouchement Prématuro

NR : Non Renseigné

PEC : Prise En Charge

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SF : Sages-femmes

TV : Toucher Vaginal

Introduction

Les violences faites aux femmes sont de plus en plus reconnues comme un problème de santé publique majeur. Pourtant, parmi les violences sexuelles, l'inceste reste dans l'ombre, alors qu'une enquête récente révèle qu'au moins 3% de la population française en serait victime. La violence qui évolue dans les familles, sous le sceau du secret, est toujours la dernière à se faire entendre, à se faire connaître. L'inceste continue à être difficile à évoquer : les sentiments lors de sa révélation sont l'incompréhension, le scepticisme, la répulsion, le choc.

Il est rare d'associer inceste et maternité. Pourtant les femmes victimes de ce traumatisme peuvent, comme les autres, fonder une famille ; simplement leur parcours est handicapé par leur histoire. En effet, être ou avoir été victime d'inceste entraîne des retentissements importants sur la santé aussi bien physique que psychique. Cela altère le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et l'instauration des premiers liens avec l'enfant. En tant que professionnel de la périnatalité, la sage-femme est donc un des premiers interlocuteurs.

Ce sont différentes rencontres qui sont à l'origine de mon intérêt pour ce sujet : des amis eux-mêmes victimes, une patiente ayant subi l'inceste avec qui je n'ai pas su instaurer un dialogue, ma directrice de mémoire lors de son intervention sur le sujet à l'école de sages-femmes de Baudelocque. Les recherches que j'ai effectuées dans la littérature française ont été peu fructueuses, et, encore moins, dans le cadre de la périnatalité. Cette situation sous-tend donc l'existence d'un manque de sensibilisation chez les professionnels de santé, notamment de ceux évoluant à la maternité.

Ce constat est à l'origine de ce travail de recherche. La question qui se pose est la suivante : les sages-femmes sont-elles suffisamment formées et informées sur l'inceste afin de permettre une prise en charge optimale des femmes victimes au cours de leur parcours de maternité ? L'objectif est donc de faire le point sur les connaissances et les pratiques des sages-femmes vis-à-vis de la problématique de l'inceste. L'étude réalisée au sein de ce mémoire est qualitative : elle consiste en des questionnaires anonymes adressés aux sages-femmes travaillant en maternité, en libéral et en PMI. Ainsi plusieurs éléments ont été étudiés : la formation et

l'information des soignants, leurs pratiques à la fois dans le dépistage et la prise en charge, mais aussi leurs ressentis face au vécu lourd de ces patientes.

Dans une première partie, nous aborderons le cadre conceptuel autour de l'inceste, puis la méthodologie de l'étude et ses résultats. Enfin, nous analyserons les données de notre étude afin de proposer des axes d'améliorations et de recherches.

Première partie

Cadre Conceptuel

« L'inceste n'a pas fini de déranger. Il effraie. Il fascine. Qu'on le taise ou bien au contraire qu'on le mette à la mode (autre manière de l'escamoter...), il reste ce qu'il est : tueur de pensée, sidérateur de plaisir. »

P.C. Racamier

1. Généralités

1.1 Définitions

L'inceste est tabou, il est difficile d'en parler, de l'aborder avec d'autres. Le silence qui l'entoure permet un flou autour de sa définition. Lorsque l'on consulte des dictionnaires de langue française, il existe des différences. Pour « le Robert », l'inceste est défini comme des « relations sexuelles entre un homme et une femme parents ou alliés à un degré qui entraîne la prohibition du mariage » ; le « Grand Littré », lui, donne une définition plus large en parlant de « conjonction illicite entre les personnes qui sont parentes ou alliées à un degré qui entraîne la prohibition du mariage ». En effet, l'inceste ne peut être réduit seulement aux relations sexuelles « consommées » ni aux relations hétérosexuelles.

Finalement ce sont les associations de victimes qui nous donnent la meilleure définition, la plus globale(1,2). L'inceste désigne un acte sexuel entre membre de la même famille et soumis à un interdit. Quand on pense à famille, on pense aux liens du sang. L'Association Internationale des Victimes de l'Inceste (AIVI) étend la notion à la famille élargie. En effet, le lien familial se définit comme un lien de proximité, d'autorité, de confiance, de dépendance et d'amour ; c'est l'existence de ce lien entre l'agresseur et la victime qui rend l'inceste si destructeur. L'inceste peut toucher tous les types de famille. L'abuseur comme la victime peuvent être de sexe masculin ou féminin.

Il existe plusieurs types d'inceste (1–3). L'inceste existe lorsqu'une conduite à caractère sexuel est imposée à l'enfant, qu'il en ait conscience ou pas, qu'elle ait lieu à une ou plusieurs reprises, de façon cachée ou non.

L'inceste peut être un viol, c'est-à-dire tout acte de pénétration sexuelle (par voie vaginale, anale ou orale) de quelque nature qu'il soit (partie du corps de l'agresseur

ou un objet), commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise.

Il peut être aussi une agression sexuelle : l'agresseur impose à la victime un toucher avec son propre corps.

Il existe également l'inceste moral c'est-à-dire tout ce qui concerne l'exhibition sexuelle : faire l'amour devant son enfant, parader nu, tenir des propos à caractère sexuel, visionner des films pornographiques avec son enfant. Se définissent également comme situations incestueuses le fait de photographier, faire poser l'enfant nu ou dans des situations pornographiques.

Enfin, le nursing pathologique a été reconnu plus récemment comme appartenant à l'inceste. Il se définit comme un assouvissement des pulsions de l'agresseur à travers des actes d'hygiène ou de soin : toilettes vulvaires trop fréquentes, décalottages à répétitions, prises de température inutiles, lavements non justifiés.

L'inceste a également différents modes d'expression : l'agresseur peut utiliser la brutalité mais, le plus souvent, ce sont des techniques qui s'installent progressivement, comme la séduction ou le chantage affectif.

L'inceste peut avoir lieu dès la naissance et continuer jusqu'à l'âge adulte.

1.2 Epidémiologie

En France, peu d'études ont été consacrées à l'inceste. En 2009, une étude a été menée par IPSOS à la demande de l'Association Internationale des Victimes de l'Inceste (4) : 931 personnes ont été interrogées par téléphone constituant un échantillon national représentatif de la population française. Ce sondage rapporte que 3% des personnes se déclarent victimes d'inceste. En extrapolant cela représenterait près de deux millions de personnes. Cette enquête montre également que 26% des Français connaissent une personne victime d'inceste.

En 2010 a été réalisé un deuxième sondage qui fait l'état des lieux des conditions de vie des victimes d'inceste (5).

On peut également noter l'étude réalisée par le Conseil Général de Seine-Saint-Denis sur les comportements sexistes et les violences envers les jeunes filles (6). Cette étude révèle que 13% des jeunes filles interrogées ont subi des agressions sexuelles graves (attouchements, tentatives de viol et viols) et que cela s'est produit au sein de la famille dans la plupart des cas. Les trois quarts des viols ont été

commis par un membre de la famille, un proche ou le petit-ami. Les deux tiers des agressions sexuelles commises par le père ou le beau-père ont lieu avant 16 ans. Une enquête, menée en 2009, au sein de la maternité du centre hospitalier de Draguignan, sur une population de femmes au deuxième trimestre de grossesse, a pour objectif de faire le lien entre signes cliniques et maltraitances (7). Les auteurs ont analysé 853 questionnaires exploitables. Il ressort que 6,6% des patientes ont été victimes d'inceste, soit 54,5% des femmes déclarant avoir subi des abus sexuels.

1.3 Cadre juridique

En France, le Code Civil condamne l'inceste et le classe comme une raison de prohibition du mariage.

Dans le Code Pénal, l'inceste n'apparaît pas comme une infraction spécifique, il est considéré comme une circonstance aggravante des crimes et délits d'ordre sexuel. Cette législation pose plusieurs problèmes (1). Premièrement, la circonstance aggravante n'existe que si l'infraction est commise par « un ascendant ou personne ayant autorité » ; ce qui exclut les frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, cousines qui représentent 40% des agresseurs. Deuxièmement, la définition du viol dans le Code Pénal n'est pas adaptée à l'inceste. En effet, il est dit que le viol est une pénétration avec menace, contrainte, violence et/ou surprise. Or, le cercle familial permet de ne pas utiliser ni la menace, ni la contrainte, ni la violence, ni la surprise. De plus, l'enfant qui grandit dans un milieu incestueux ne sait pas qu'il est dans une situation anormale, ces qualificatifs sont donc impossibles à remplir pour l'inceste. Pourtant, le système juridique actuel impose des investigations concernant le consentement de l'enfant. Les associations des victimes ne qualifient pas un type d'inceste plus grave que l'autre. Plus que le « type d'acte » effectué, c'est le lien qui existe entre l'agresseur et la victime qui est destructeur.

La Proposition de Loi de Marie-Louise FORT en 2009 est issue de ces réflexions (8). Elle tend à inscrire l'inceste sur mineurs dans le Code Pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes. Les principaux éléments sont :

- L'élargissement de l'inceste aux viols et agressions sexuelles commis sur un mineur par son ascendant, son oncle, sa tante, son frère, sa sœur, sa nièce, son neveu ou bien par le conjoint, le pacsé ou le concubin d'une de ces personnes.

- Un mineur ne peut être considéré comme consentant à des relations sexuelles avec un membre de sa famille.

La proposition de Loi a été adoptée au Parlement le 28 janvier 2010. Cependant, elle a été censurée par le Conseil Constitutionnel, car les « Sages » ont relevé un flou au niveau de la définition des membres de la famille. A ce jour, l'inceste n'est donc toujours pas présent dans le Code Pénal comme crime à part entière.

Le crime d'inceste est imprescriptible aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, en Suisse et dans tous les pays du Commonwealth. En France, la prescription existe toujours pour les atteintes pédosexuelles : 10 ans à partir de la majorité de la victime, 20 ans lorsque l'agresseur est un ascendant.

2. Les conséquences de l'inceste

P.-C. Racamier disait que l'inceste est « un tueur de pensée ». Ses conséquences sont destructrices et à l'origine de nombreux traumatismes qui s'expriment cliniquement sous deux formes principales (9) :

- Le syndrome post-traumatique, que connaissent au moins 62% des victimes avec le syndrome d'accommodation
- Les troubles du comportement

2.1 Le syndrome post-traumatique

2.1.1 Les mécanismes neurobiologiques

Le circuit neurologique en jeu est le système limbique comprenant notamment les amygdales, l'hippocampe et le cortex associatif.

Lors d'un stimulus dangereux, les amygdales vont déclencher une production d'adrénaline via le système nerveux autonome, et de cortisol via le système sympathique. Ces deux hormones entraînent la mise en place de la réponse "fight or flee" (combattre ou fuir). L'hippocampe, responsable des repères spatio-temporels et des souvenirs d'apprentissage, va également recevoir le stimulus. Il le transmet au

cortex associatif qui va analyser la situation et réguler l'action des amygdales. Seul le cortex associatif peut avoir un rétrocontrôle sur les amygdales.

Lors d'un événement traumatisant, c'est-à-dire de violences incompréhensibles, ne se confrontant à aucun repère, ce rétrocontrôle n'aura pas lieu. En effet, le cortex et l'hippocampe ne peuvent pas se représenter l'événement, ils sont donc mis hors-circuit. Les amygdales continuent de fonctionner, entraînant une hausse d'adrénaline et de cortisol pouvant atteindre des taux toxiques pour l'organisme. L'adrénaline peut avoir une toxicité cardiaque et vasculaire : infarctus du myocarde, hypertension maligne. Le cortisol a une toxicité neurologique : effet épileptique, mort neuronale par apoptose. Devant cette menace de mort imminente, l'organisme va mettre en place une voie exceptionnelle. Le cerveau va sécréter des molécules dissociantes endogènes (endorphines et drogues « kétamine-like ») afin de faire disjoncter le circuit limbique (déconnecter les amygdales). Cette déconnexion va entraîner plusieurs conséquences. La mémoire émotionnelle, ne pouvant être analysée par les structures hautes du cerveau, va rester « prisonnière des limbes » et devenir la mémoire traumatique. La déconnexion du système limbique entraîne également un traitement des événements sans affects émotionnels, ce qui va entraîner chez la victime une impression d'irréalité, de détachement d'elle-même. C'est la dissociation péri-traumatique.

2.1.2 Le somatique

L'inceste est d'une telle violence qu'il marque le corps (3,9,10). Les victimes connaissent souvent une altération de l'état général se traduisant, entre autres, par des malaises, des sensations d'étouffement, des vertiges, des aménorrhées, des dermatoses, des maux de ventre, des céphalées, des arthrites. L'Adverse Childhood Experience (ACE) Study, menée aux Etats-Unis auprès de nombreuses victimes de violences dans l'enfance, met en lumière le lien entre l'inceste et le développement de certaines pathologies comme les cancers, la maladie de Crohn, mais aussi, de par une consommation augmentée d'alcool et de tabac, des maladies hépatiques et pulmonaires (11). Les victimes souffrent aussi fréquemment de troubles du sommeil, troubles de l'appétit (anorexie, boulimie) et de problèmes génitaux (vaginisme, passivité et frigidité, ambivalence).

2.1.3 Le syndrome d'accomodation

Le premier élément du syndrome d'accommodation est la non-révélation de l'inceste, le maintien du secret qui s'accompagne d'une grande culpabilité chez l'enfant (9,10). Ce dernier ne peut demander de l'aide, il se sent pris au piège, garant de l'unité de sa famille. Quand l'enfant essaie de révéler tardivement ce qui s'est passé ou ce qui se passe, la famille ne le croit pas, n'accorde pas de valeur à sa parole. L'accommodation aboutit à la rétraction de l'enfant par lassitude ou sous la pression familiale.

2.1.4 Le déni

L'inceste entraîne chez la victime une réaction immédiate de stress qui peut se traduire soit par une agitation, soit par la sidération et le repli avec une anesthésie des affects (3,9,10). La terreur s'installe. L'enfant se défend en évitant de comprendre : il crée des mécanismes de survie qui vont lui permettre de tenir le réel, trop douloureux, hors de sa mentalisation.

Dans un premier temps, il peut s'installer chez la victime un clivage du « moi », c'est-à-dire une séparation de l'identité qui permet au « moi » principal d'être « absent » lors des actes incestueux. Cette division de l'être permet à la victime de nier la réalité, ce qui aboutit fréquemment au déni. Selon Freud, le déni est un « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante », il peut aller jusqu'à l'amnésie totale des faits.

Cependant, même réprimés, les faits peuvent réapparaître à n'importe quel moment de la vie. Les souvenirs de l'inceste ne font plus partie de la mémoire habituelle fondée sur le langage, mais ils restent présents (12). Ils font partie de la mémoire traumatique ou encore « mémoire corporelle ». Ils sont encodés dans une mémoire non verbale, non déclarative. Le déni peut durer quelques mois comme de nombreuses années. La résurgence des événements peut être très traumatisante. La « remembrance » peut être violente, subite, due à un événement riche en émotions. Elle peut être aussi plus ténue et se produire de façon progressive à travers des cauchemars répétitifs (86% des victimes en souffrent (5)), des flash-back, des illusions ou des hallucinations. Dans ce cas, le chemin pour sortir du déni est plus long ; ces « images » vont devoir être authentifiées par la victime, devenir de réels souvenirs, ce qui peut prendre plusieurs années.

2.2 Les troubles du comportement

Les symptômes développés dépendent des victimes et de leur âge. Pour H. Van Gijseghem « plus l'inceste a lieu tôt dans la vie, plus il y a de risques que les blessures soient irréversibles, particulièrement au niveau de l'identité » (10). Chez l'enfant pré-pubère, les séquelles peuvent entraver son évolution psychoaffective, sexuelle et porter atteinte aux identifications. L'enfant peut mettre en place des attitudes défensives, phobiques telles que la méfiance, la distance, voire une certaine agressivité. Il peut également développer des obsessions qui se traduisent par du voyeurisme, de l'exhibitionnisme. La culpabilité que ressent l'enfant face à l'inceste s'associe à une mauvaise image de soi ; il l'exprime par des punitions, des échecs recherchés (automutilations, échec scolaire), des signes de dépression (idées tristes, passivité, désespoir quant à l'avenir). On note très fréquemment un fléchissement de l'activité scolaire, notamment des perturbations des facultés d'attention, d'imagination, d'élaboration. Cependant, certains enfants ne présentent aucun symptôme visible de l'abus.

A l'adolescence, les victimes peuvent présenter la même symptomatologie avec d'autres troubles du comportement qui peuvent se surajouter. On peut noter l'apparition de troubles alimentaires (anorexie et boulimie : 76% des victimes (5)), de dépression sévère allant jusqu'à la tentative de suicide (la moitié des victimes tente de se suicider (5)). Les personnes ayant subi l'inceste peuvent adopter des conduites à risque : fugues, délinquance, marginalité, prostitution et addictions (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie).

Les victimes peuvent également souffrir de troubles sexuels : pudeur excessive ou exhibitionnisme, problèmes d'impuissance, de frigidité ou sexualité compulsive, fantasmes de viol, de domination, de masochisme. L'inceste perturbe la construction de l'enfant et ainsi distille une confusion entre le sexe, l'amour, la domination.

Le relationnel est aussi fortement impacté (13). La rupture traumatisante des premières relations de confiance de l'enfant va entraîner plus tard une difficulté à former et conserver des liens interpersonnels. Dans la théorie de l'attachement, les victimes d'inceste ont davantage tendance à former des « fearful attachment » c'est-à-dire des liens pauvres, évitants, marqués par un manque d'assertivité.

3. Les répercussions de l'inceste sur la parentalité

3.1 La relation de couple

Pour les victimes d'inceste il est difficile de former et de maintenir des relations intimes satisfaisantes (1) : 98,6% des victimes reconnaissent que l'inceste a une influence sur la vie de couple. Deux causes reviennent le plus fréquemment : le sentiment de ne pas être digne d'être aimé et l'impossibilité de faire confiance au partenaire. 40% des victimes ne se sont jamais mariées. Entretenir une relation intime va demander la révélation de l'inceste au conjoint, ce qui peut être insurmontable pour certaines victimes. La solution est donc de ne pas laisser s'installer une relation durable. Il apparaît que 23% des victimes ne sont pas satisfaites du tout par leur vie amoureuse (5). Cette difficulté à accorder sa confiance concerne tous les types de relations (amicales, au travail...) (14). Ayant été trahi dans l'enfance, il est difficile d'envisager l'autre comme une aide ou un soutien.

Le développement de la sexualité est altéré par l'inceste (13). Les rapports sexuels peuvent être des moments de douleurs, de domination plutôt que de plaisir et d'amour : 77% des victimes déclarent ne pas pouvoir avoir de rapports quand elles le souhaitent (5).

Le rôle du conjoint est primordial : il va pouvoir devenir un pilier pour la victime, par son attitude et ses actes (1). Souvent, il lui permet de rompre avec son agresseur, sa famille. Mais il est dans une position difficile : il ne connaît pas les conséquences de l'inceste sur la vie de sa partenaire et est parfois l'objet de projections de la part de sa conjointe dont il n'a pas conscience.

Cependant, certaines victimes peuvent suivre un schéma de « re-victimisation ».

Chez les femmes victimes d'inceste(1) :

- 19% sont agressées par leur mari (7% dans la population générale)
- 27% sont battues par leur mari (12% dans la population générale)

Le rapport à l'autre est donc difficile, ce qui se répercute sur le désir d'enfant et la fonction parentale. D'autant plus que la communication avec des tiers s'avère souvent difficile. L'inceste, entraînant la triade du secret, de la honte et de la culpabilité, peut altérer le développement des capacités à s'exprimer ouvertement et librement (14).

3.2 Le désir d'enfant

Pour les victimes d'inceste, le désir d'enfant est très complexe (1) : 28,97% envisagent la parentalité comme une aide, 44,83% comme une source d'angoisse et 15,86% trouvent cela impossible. La question se pose (1,14): comment devenir parent avec un modèle familial pathologique ? Doit-on rompre avec ce modèle ? Faut-il prendre le risque de donner une histoire difficile à son enfant ?

Le désir d'enfant ramène au premier plan des peurs profondes concernant la personne elle-même : peur de reproduire, de ne pas être capable, de ne pas être digne d'être parent, de ne pas trouver le conjoint idéal, peur aussi des relations sexuelles, de la grossesse, d'accoucher. De même, les victimes sont fréquemment submergées par des angoisses concernant le monde qui est souvent ressenti comme trop horrible, sans repère et trop dangereux. Ces craintes se cristallisent sur le futur enfant : comment vont-elles pouvoir le protéger ? 64% des victimes craignent d'avoir des enfants car ils pensent ne pas pouvoir être de bons parents. Ainsi, dans l'étude de Magali LEFEBVRE, sage-femme, menée en 2009, sur les 133 membres d'AIVI interrogés par questionnaire, 29% ont eu recours à au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG) et, pour 18%, elle concernait leur première grossesse (3). Cette étude est centrée sur l'accès à la maternité, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement pour les femmes victimes d'inceste. Pour ces femmes, il est donc complexe de franchir le pas de la maternité.

Quand ces angoisses sont trop fortes, il est impossible pour les victimes d'inceste d'envisager la parentalité. Se lancer dans l'aventure de la parentalité peut être conscient ou non. Les grossesses, comme pour toute personne, peuvent être non prévues.

Pour les victimes qui ont un ou des enfant(s), plusieurs cas de figure sont possibles (1). L'enfant devient la raison dont la personne avait besoin pour continuer à vivre, à se battre, à donner le meilleur d'elle-même. La création d'une nouvelle famille peut permettre de se « laver de l'inceste ». Dans cette situation, le conjoint peut se retrouver dans une situation difficile, il doit parfois s'imposer pour prendre sa place. Pour certaines victimes, le choix d'avoir un enfant sans père s'impose afin de protéger au mieux l'être à venir. Elles choisissent délibérément un partenaire qui ne restera pas.

Pour d'autres, l'accès à la maternité a pour objet de « faire plaisir » à la famille : son conjoint, ses beaux parents (1). De nombreuses victimes ne savent pas dire non, ont besoin de réaliser les vœux de leurs proches. Dans ce cas, l'enfant peut être vécu comme une angoisse permanente pour soi. Il y a installation d'une distance entre soi et l'enfant : la mère n'a pas de gestes tendres envers lui, elle s'en occupe le moins possible.

Une autre façon d'accéder au statut de parent, pour les victimes, est l'adoption. Elle permet de ne pas transmettre « les gènes incestueux familiaux », de contourner la peur de la grossesse et de l'accouchement.

3.3 La grossesse

La grossesse est une période difficile pour les femmes victimes d'inceste. Plusieurs cas de figure peuvent se présenter, notamment : la sortie du déni, la formation de fantasmes d'impulsion violente, la création d'un déni de grossesse (15).

Monique Bydlowski, psychanalyste, est la première à évoquer la transparence psychique qui s'installe durant la grossesse : les résistances psychiques inconscientes s'effacent et les souvenirs traumatiques envahissent la conscience. Cette situation donne lieu à un cortège de symptômes : dépression, tentative de suicide, fausse couche, interruption volontaire de grossesse, automutilation, rejet de soi, de l'enfant, du conjoint, angoisses d'infanticide, de maltraitance. L'apparition de souvenirs terrifiants, cauchemardesques va empêcher la future mère d'investir émotionnellement la grossesse et le bébé à venir. De plus, le suivi obstétrical en lui-même peut favoriser l'apparition de ces flash-back. En effet, la fréquence des touchers vaginaux et le fait de devenir dépendante de l'équipe médicale réactualise le traumatisme chez la victime (16) ; la consultation gynécologique peut être vécue comme une nouvelle agression.

Pour certaines femmes, un déni de grossesse peut s'installer (15); il agit comme mécanisme psychique de protection. Elles ne peuvent pas relier leurs modifications corporelles à une relation sexuelle fécondante. Tous les signes habituels de grossesse sont interprétés par des rationalisations : la prise de poids est expliquée par une alimentation riche, l'aménorrhée par des cycles irréguliers. Ces femmes ne reconnaissent pas leur potentiel procréatif : la relation sexuelle n'est pas perçue comme pouvant amener une fécondation et leur corps ne peut porter d'enfant, il est

souillé, inapte à procréer. La grossesse est impensable. Ce déni a une temporalité variable, il peut se prolonger jusqu'à l'accouchement, provoquant des accouchements à domicile ou dans la rue.

Pour d'autres femmes ou lorsque le déni perd de sa force, l'apparition ou la reconnaissance des mouvements de l'enfant peut entraîner une angoisse et une stupeur profondes. La grossesse peut être vécue comme l'inceste : une situation à laquelle on ne peut échapper et qu'il faut supporter jusqu'au bout. Ce sentiment, sans accompagnement, peut entraîner la formation de fantasmes d'impulsions infanticides (15). Ces fantasmes peuvent s'exprimer de diverses manières : demande d'interruption de grossesse après le délai légal, crainte d'incapacité à contenir leurs pensées violentes. La présence du fœtus fait ressurgir le passé traumatique de l'enfance ; l'éliminer permettrait de faire disparaître ces pensées douloureuses. De même, une lourde culpabilité s'installe qui fait craindre aux femmes de se confier. Elles redoutent la réaction de l'autre mais également de se confronter à elle-même : les verbaliser rendrait ces fantasmes encore plus réels. C'est ainsi que ces pulsions d'infanticide peuvent souvent passer inaperçues de l'équipe soignante.

Toutes ces situations entraînent souvent un mauvais suivi des grossesses, voire aucun suivi, soit par absence de prise de conscience, soit par culpabilité, soit par crainte. Dans l'étude de Magali LEFEBVRE, sage-femme, 25% des grossesses sont mal suivies (3), alors que, dans la population des femmes enceintes de l'enquête périnatale de 2010, 8,5% des femmes ont eu moins de sept consultations prénatales (17).

Ce mémoire met également en valeur que les symptômes inhérents à l'inceste peuvent perdurer pendant la grossesse (3). Il est fréquent que les grossesses soient marquées par une difficulté à se faire examiner, voire un vaginisme important (41% des grossesses). 43% des femmes souffrent d'un trouble du comportement alimentaire (boulimie 36%, anorexie 9%). Cela marque un mal être qui continue pendant la grossesse, une insatisfaction vis-à-vis de son image, de la perception de soi. Ces pathologies peuvent également permettre la dissimulation de la grossesse en contrôlant la prise de poids. En effet, les femmes peuvent désirer cacher leur grossesse à l'entourage de par un sentiment de protection. Ces conduites alimentaires peuvent évidemment devenir à risque, aussi bien pour la mère que pour le fœtus. La future mère peut souffrir de carences importantes, d'anémies, de troubles hydroélectriques qui vont intervenir sur le développement du fœtus. A l'inverse,

certaines patientes peuvent présenter une prise de poids excessive durant la grossesse, révélatrice également de troubles alimentaires mais aussi d'une anxiété importante (16). De plus, certaines victimes ont des conduites addictives : 32% des grossesses des femmes victimes interrogées dans le mémoire de Magali LEFEBVRE (3). 10% étaient marquées par une consommation régulière d'alcool (2,5% dans les résultats de l'enquête périnatale (17)), 2% par la toxicomanie (1,2% des femmes enceintes consomment du cannabis (17)) et 26% par le tabagisme (identique à la population générale (17)). Certaines grossesses sont marquées par une poly-addiction. Ces addictions peuvent être dues à une incapacité à arrêter ou à réduire la consommation, mais aussi au sentiment, conscient ou non, de vouloir nuire à soi-même ou au bébé. Tous ses éléments sont des facteurs de risque pour certaines pathologies de la grossesse.

Sur la population étudiée, on retrouve 30% de fausses couches spontanées, 8% de morts fœtales in utero (0,5% des accouchements dans l'enquête périnatale (17)), 17% d'accouchements prématurés (7,7% d'accouchements prématurés dans la population générale (17)). Ces chiffres très élevés peuvent avoir de multiples causes. Il est impossible d'établir des liens directs en raison du grand nombre de variables.

D'autre part, les femmes ayant subi un abus sexuel durant l'enfance peuvent avoir tendance à rapporter plus de plaintes et de difficultés durant la grossesse (16) : un inconfort accru et des troubles de la santé qui entraînent davantage de consultations aux urgences et d'échographies. Plusieurs femmes victimes rapportent que les cours de préparation à la naissance sont effrayants. Par exemple, le fait de s'allonger les yeux fermés au milieu d'étrangers pour pratiquer la relaxation peut être inconcevable.

3.4 L'accouchement

L'accouchement est une source d'angoisse majeure. L'enfant doit passer par les voies génitales parfois violées dans l'enfance, les femmes peuvent avoir la sensation de revivre une agression (1). Ce sentiment peut être renforcé par la « soumission des positions d'accouchement » et les « nombreux examens vaginaux » (1). Les séquelles de l'abus peuvent se situer au niveau du périnée, ce qui peut entraîner une hypertonie ou une hypersensibilité. Ces différents éléments peuvent conduire à un travail difficile à suivre, à des dystocies ou des dépassements de terme. Dans l'étude

de Magali LEFEBVRE 20% des accouchements ont lieu à terme dépassé dont 76% ont du être déclenchés (3). Ces résultats laissent supposer que l'angoisse d'accoucher pourrait influencer la mise en route du travail. Parfois l'accouchement voie basse peut paraître tellement inenvisageable qu'il entraîne une tokophobie, c'est-à-dire une peur panique de l'accouchement. Cela pousse les femmes à exiger une césarienne, demande difficilement compréhensible par l'équipe médicale. Dans l'étude de Magali LEFEBVRE, 7% des femmes interrogées auraient préféré une césarienne. Les principales raisons évoquées sont : l'angoisse de « salir le bébé » en passant par les voies génitales (60%), la peur de l'accouchement voie basse (53%), « trop de souffrance » dans l'accouchement voie basse (40%).

Le déni de grossesse peut également concerner l'accouchement. Les douleurs du travail seront également rationalisées ce qui pourra amener à des accouchements en dehors de structures hospitalières (sur la voie publique, à domicile) avec le risque d'abandon ou d'infanticide (15).

Une importante complication lors de l'accouchement est la sortie du déni de l'inceste (16). La parturiente peut avoir des flash-back, des fragments d'émotion, des images concernant les agressions qui font surface. Face à ces sensations très violentes, les femmes peuvent connaître une panique importante, une perte complète de contrôle. Certaines patientes peuvent utiliser, à ce moment-là, la dissociation afin de gérer cette situation trop difficile. La dissociation est un mécanisme psychique de protection qui peut se traduire soit par une « auto-anesthésie » de certaines parties du corps, soit par une vision de la situation hors de soi-même. On ne comprend pas exactement le processus de sortie du déni.

Cependant, plusieurs éléments semblent favorisant :

- La pression au niveau du périnée qui peut être le lieu de l'abus
- L'approche d'un rôle parental qui renvoie à sa propre enfance et à ses parents
- Les examens vaginaux ou sondage urinaire
- Les positions d'accouchement qui peuvent être vécues comme des positions de soumission face au médecin ou à la sage-femme

Avoir été victime d'abus sexuels durant l'enfance peut également altérer l'attitude face à la douleur (16). Certaines femmes supportent des douleurs importantes et sont souvent contre l'anesthésie ; elles craignent la médication qui peut avoir des effets sur leur état de conscience. D'autres femmes refusent de supporter la moindre douleur.

Certaines femmes victimes d'inceste, ne pouvant envisager de devenir mère, font le choix de l'accouchement au secret en confiant l'enfant à l'adoption (1). Cette décision est motivée par la conviction de leur incapacité à être de « bonnes mères » et le désir de protection de l'enfant.

3.5 Le post-partum

3.5.1 Le post-partum chez la mère

Au moment du post-partum, les femmes victimes d'inceste sont plus à risque de développer un baby-blues important mais surtout une dépression du post-partum (7). Ce risque est plus élevé quand des symptômes dépressifs ont débuté lors de la grossesse.

Chez certaines femmes, le réveil obstétrical du syndrome post-traumatique peut se traduire par l'apparition ou la réapparition de troubles psychiatriques importants (18) : crises de dépersonnalisation, de démences transitoires, psychose puerpérale. Dans ces situations, la mère aussi bien que le nouveau-né sont en danger : tentative de suicide, infanticide, abandon sur la voie publique, maltraitance. Ce sont des urgences psychiatriques qui nécessitent une prise en charge avec une hospitalisation immédiate de la mère et si possible du couple mère enfant dans des structures adaptées.

3.5.2 Devenir parents

Créer un lien avec son enfant dépend de nombreux paramètres. Ne pas savoir mettre en place ce lien fait partie des angoisses des nouvelles mères.

Le sexe de l'enfant peut tenir une place importante dans cette construction (1,16). Selon le vécu de chaque victime le sexe de l'enfant peut être ou non anodin. Pour certaines femmes, la crainte d'avoir une fille est importante ; les deux raisons principales sont « les filles sont plus en danger que les garçons », et l'identification de la mère à sa fille avec la crainte de la récurrence. De plus, être une fille est soit un danger potentiel avec la crainte de ne pas savoir la protéger, soit une seconde chance pour la mère, elle va lui offrir une vie différente. A l'inverse, parfois, avoir un garçon, représentant du même sexe que l'agresseur, peut être inenvisageable.

Quelques femmes pensent ne pas pouvoir élever un garçon à cause de leur « haine des hommes » (1).

Après la naissance de l'enfant, différentes difficultés peuvent surgir. Les suites de couches immédiates en maternité, c'est-à-dire les premiers contacts avec le nouveau-né, sont sources de désarroi voire de panique (1). La mère victime se persuade que les soins à son bébé peuvent dériver vers des actes incestueux. Voir son enfant nu, le laver, le toucher, l'allaiter, changer sa couche peuvent être des gestes inconcevables. Les femmes, jugeant ces pensées anormales, se culpabilisent. Elles ont trop honte pour demander de l'aide. L'allaitement maternel est souvent non envisagé et, quand les femmes tentent d'allaiter, c'est fréquemment difficile. Le contact peau à peau avec le bébé, le réflexe d'éjection du lait, la sensation physique de la tétée du bébé peuvent rappeler des souvenirs des agressions (16).

Toute la difficulté pour les victimes est de donner une « bonne éducation » sans modèle approprié, sain et solide (1). Quand on surveille chacun de ses gestes en ayant peur qu'ils soient incestueux, la relation quotidienne avec son enfant peut être une réelle épreuve. Certaines victimes décident de la fuir en installant une distance avec l'enfant, en déléguant au conjoint quand il est présent. Le modèle éducatif peut s'inspirer de l'entourage sain, du conjoint, ou alors en prenant l'exact contre-pied de la famille dysfonctionnelle. Cependant, il peut arriver que la victime n'ait pas rompu avec son ou ses agresseurs, qui tentent alors de s'impliquer et de participer à l'éducation de l'enfant.

Les mères ayant été victimes d'inceste (14,19,20) disent éprouver des difficultés à instaurer une balance raisonnable entre affection et discipline, à retirer de la satisfaction de leur rôle maternel, à organiser l'emploi du temps des enfants, à laisser au conjoint son rôle parental. Elles se perçoivent comme des parents moins compétents et moins efficaces. On se rend également compte qu'elles ont, vis-à-vis d'elles-mêmes, des attentes et des exigences trop élevées. D'après une étude d'observation directe d'interaction mère-enfant, menée en 2004 par Monica FITZGERALD, psychiatre, il n'y a pas de différence entre un panel de mères victimes d'inceste et des mères témoins, sur les plans de l'aide, du soutien et de la confiance manifestés par la mère, ainsi que sur l'affection manifestée par l'enfant (21). Ces résultats sont évidemment à confirmer par d'autres études.

Dans certains cas, les femmes victimes d'inceste peuvent devenir elles-mêmes incestueuses envers leur(s) enfant(s) ou maltraitantes (18). La maltraitance peut aller jusqu'à l'abandon et l'infanticide. L'absence de dépistage et de suivi augmentent ce risque. Certaines conséquences de l'inceste favorisent la formation d'une relation dangereuse pour l'enfant, notamment les addictions (l'alcoolisme, la toxicomanie) et les troubles psychiatriques (crise de démence, sensation de persécution...).

4. Le rôle de la sage femme et de l'équipe médicale

4.1 Les attentes des patientes envers l'équipe médicale

Le sentiment d'être en sécurité est un besoin crucial des survivantes d'abus sexuel. Ce besoin est nécessaire dans les relations soignants-soignés (12).

Dans le mémoire de Magali LEFEBVRE, 53% des femmes se disent insatisfaites de la prise en charge de leur grossesse (3). Plusieurs raisons d'insatisfaction sont citées. Le premier motif, évoqué par 41% des femmes, est l'absence ou l'insuffisance d'écoute et d'attention du personnel médical. Elles sont souvent dans l'attente de conseils, d'informations pour canaliser leurs angoisses. 36% des femmes non satisfaites par leur suivi mettent en avant un manque dans l'accompagnement, l'encadrement, principalement en suites de couche, pour les soins au nouveau-né ou le soutien à l'allaitement. 20% dénoncent un manque de compréhension de l'équipe face à leur demande (refus d'allaiter, désir de césarienne). Certaines se sont senties jugées, critiquées. Les autres raisons sont une absence de soutien psychologique, de dialogue et un manque d'intimité et de délicatesse. Il est important pour les patientes que leurs demandes et difficultés soient reconnues, comprises et respectées. Ce qui peut être difficile dans le cas où le traumatisme de l'inceste chez ces patientes n'a pas été dépisté.

4.2 Le dépistage

4.2.1 Le dépistage systématique

La grossesse, pendant laquelle les femmes bénéficient d'un suivi régulier, favorise les dépistages des violences, qu'elles soient actuelles ou passées. De plus, lorsque la femme est suivie par le même consultant, il peut se créer un lien de confiance qui facilite les échanges (7). Dr Gilles LAZIMI, médecin généraliste, a effectué plusieurs études en posant de manière systématique trois questions (22) : une sur les violences verbales, une sur les violences physiques et une sur les violences sexuelles. 7 études confirment le nombre important de patientes révélant ainsi avoir été ou être victimes de violences. C'est ce même questionnement qui a été repris dans le mémoire de Mathilde DELESPINES, sage-femme, auprès de femmes enceintes au cours de consultations obstétricales. Dans les études du Dr. LAZIMI, près de 77,5% des médecins répondent qu'ils n'ont pas eu de difficultés à poser ces questions, et que 81% des patientes n'ont eu aucune difficulté à y répondre.

Le questionnement systématique apporte plusieurs bénéfices :

- Les patientes peuvent enfin parler : elles ont un espace d'écoute créé par ces questions. Elles sont reconnues comme victimes et sont mises en relation avec le réseau dont elles ont besoin.
- Le praticien peut faire le lien avec les tableaux cliniques passés, présents ou futurs.
- Le dialogue peut s'instaurer et favoriser une réflexion de la femme : il y a un agresseur, il y a une victime. Prendre conscience et analyser le processus d'emprise mis en œuvre par l'auteur des faits devient possible. La victime va pouvoir se libérer peu à peu de son sentiment de culpabilité.

4.2.2 Le dépistage sur signes d'appel

Face au dépistage systématique, d'autres praticiens défendent un dépistage ciblé des patientes, mettant en avant le fait que les patientes en maternité sont pour la plupart bien portantes (18). Ils craignent une stigmatisation de l'homme et l'installation d'une méfiance face au père, si les questions d'abus sexuels devaient être répétitives.

Dans ce cas, le dépistage s'appuie sur des signes, « des clignotants » de plusieurs sortes (23). Ils peuvent être retrouvés à différents moments de la consultation.

En premier, on peut observer certains comportements qui peuvent être évocateurs d'un abus sexuel dans l'enfance (18,23) :

- Les addictions
- Les tendances autodestructrices
- De nombreuses plaintes somatiques sans cause apparente
- Une faible estime de soi
- Des phobies (sang, aiguilles, toucher vaginal, nudité...)
- Des troubles sexuels
- Des émotions en contradiction avec le discours

Ensuite, il est essentiel de réaliser un interrogatoire complet en étant dans une position d'empathie. Il est habituel que les interrogatoires standard d'obstétrique contiennent les addictions de la patiente, les opérations, les hospitalisations, les accidents. Il est nécessaire d'y ajouter des questions sur la famille, le relationnel, le suivi médical.

Enfin, l'examen clinique permet d'avoir d'autres types de signes d'appel et de confirmer son diagnostic (18,23). L'examen clinique ne se limite pas à l'examen pelvien. Il est conseillé de faire attention aux attitudes de la patiente, d'observer de façon globale notamment la peau (cicatrices, traces d'automutilation...). Il est très fréquent que les victimes d'abus sexuels ne supportent pas ou très difficilement la pose du speculum ou le toucher vaginal : elles souffrent de vaginisme post-traumatique. Cependant, certaines patientes n'ont aucune difficulté à se faire examiner, cela ne doit pas infirmer la suspicion d'abus sexuel si d'autres signes sont présents. En effet, la répétition des abus peut avoir entraîné un désintérêt pour ce qui se passe au niveau de son propre corps, qui n'est plus considéré comme sien, comme quelque chose que l'on peut contrôler.

Face à ces différents signes, le soignant peut suspecter un antécédent d'abus sexuel et chercher à en savoir plus avec des questions directes (18,23). Le dépistage ciblé nécessite donc une connaissance approfondie des violences sexuelles et de leurs conséquences. De plus, la variabilité d'expression des conséquences de l'inceste selon les patientes est vaste, cela rend donc difficile le repérage et donc le dépistage.

4.3 La prise en charge et l'orientation

Il n'y a pas de prise en charge type pour les femmes victimes d'inceste. Chaque femme est différente, il est essentiel de ne pas réduire la patiente à sa position de victime. Le soignant doit prendre en compte le discours, les souhaits et l'histoire de la femme.

L'unité de la prévention de la violence familiale à Santé Canada a réalisé le « Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé, leçons tirées de survivantes d'abus sexuels dans leur enfance » (12). Il expose notamment les lignes directrices de la « pratique sensible », qui sont, selon les auteurs, applicables à toutes les patientes. Il y a 8 axes :

- Le respect : l'abus sexuel est une forme d'irrespect absolu ; les patientes victimes sont donc très sensibles à cette donnée.
- Le lien de confiance : il est fondamental pour toute relation soignant-soigné, il permet l'instauration du sentiment de sécurité chez la patiente.
- Le partage du contrôle : le praticien se doit de toujours demander le consentement, l'autorisation de sa patiente avant chaque acte ; il est un guide qui travaille avec elle et non pas sur son cas.
- Le partage d'informations : informer la patiente est un devoir déontologique, le praticien se doit également de rechercher les réactions et les perceptions de la patiente vis-à-vis du traitement.
- Le respect des limites : cela permet de sauvegarder l'intimité de la patiente et de lui laisser la possibilité de pouvoir dire non.
- Le climat favorable à un apprentissage mutuel qui permet d'encourager la patiente à participer aux soins et non pas à les subir.
- La prise en compte des changements d'attitude : des changements imprévisibles d'humeur ou de sensibilité peuvent apparaître, le soignant doit pouvoir les repérer et s'y adapter.
- La démonstration d'ouverture à la problématique des abus sexuels dans l'enfance qui va permettre à la patiente d'aborder plus facilement le sujet avec le praticien ; elle peut se faire par des affiches sur la prévention de la violence dans la salle d'attente ou d'examen, par une phrase au cours de la consultation...

Dans le livre du Dr. DE GASQUET, gynécologue-obstétricien, à propos des femmes victimes d'abus sexuels, le même type de préoccupations est retrouvé (24). Il est

essentiel de ne jamais forcer la résistance du patient (sauf situation d'urgences) afin de ne pas le replacer dans la situation d'abus. Elle développe la notion de contrat entre le soignant et la patiente : demander à la patiente de dire « oui je suis prête » avant chaque soin, lui laisser la possibilité de dire « non pas aujourd'hui ». Cette liberté, la femme n'a jamais pu l'avoir dans la relation d'abus, elle est essentielle dans la reconstruction de sa confiance.

Lors des Entretiens de Bichat, Estelle KRAMER, sage-femme, et Catherine BONNET, psychiatre, ont donné des lignes de réflexion sur la prise en charge spécifique des victimes d'inceste en maternité (25). Détecter l'inceste est primordial pour prévenir les conséquences les plus graves : la psychose chez la mère et la maltraitance chez l'enfant. Cette reconnaissance de l'inceste par le soignant va lui permettre de pouvoir expliquer, si nécessaire, à la patiente qu'elle est victime de cet acte ; elle n'est ni coupable, ni complice. L'ouverture du dialogue va également donner la possibilité à la femme d'exprimer ses angoisses, ses fantasmes négatifs. Il semble que l'écoute du soignant ait un « effet thérapeutique rapide » : il permet de « dégager le fœtus des traumatismes ». Prévenir les femmes que ces craintes et ces envies, parfois violentes, sont normales et qu'elles peuvent s'en ouvrir à l'équipe médicale entraînent une diminution de leur peur de récurrence et de maltraitance vis-à-vis du futur enfant.

Un des rôles prépondérants de la sage-femme est le dépistage et l'orientation, comme défini dans les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé, datant de 2007, « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (26). En premier lieu, il est important de pouvoir orienter la patiente vers un soutien adapté. Connaître des adresses de médecins, psychologues, psychiatres, psychanalystes ou associations, capables de prendre en charge les femmes ayant été victimes d'abus sexuels dans leur enfance, est primordial.

4.4 Les difficultés rencontrées dans la relation soignants-soignés

Les difficultés rencontrées peuvent se classer en deux types : celles du côté de la patiente et celles du côté du soignant.

En effet, le premier obstacle rencontré peut être le déni, la non-révélation du traumatisme par la femme. La culpabilité et la honte incitent les femmes victimes à garder le secret sur l'inceste (16). Dans les faits, seul 20 à 50% des agressions sexuelles sur mineurs aboutissent à une plainte. De plus, le taux de patientes, qui informent leur médecin, varie de moins de 2% à 28% selon les études.

L'inceste détruit l'estime de soi et la confiance que la victime peut avoir en elle-même et envers les autres (16). D'un côté, la patiente ne se fait pas suffisamment confiance pour se juger capable d'accoucher et d'élever un bébé. De l'autre, elle a également de grandes difficultés à faire confiance à l'équipe médicale et donc à suivre leurs conseils. Le relationnel est souvent difficile : il est fréquent que les patientes adoptent des conduites « extrêmes ». Elles sont soit dans une revendication et une insatisfaction permanentes vis-à-vis de l'équipe médicale, soit dans une position de retrait, d'acquiescement généralisé non suivi d'actions. En effet, le fait d'avoir été victime d'abus peut entraîner ce qu'on appelle un conditionnement à la passivité (12). Les patientes disent « oui à tout » et peuvent avoir du mal à exprimer leur besoin face à l'équipe médicale qui fait figure d'autorité.

Les victimes connaissent un rapport faussé avec leur propre corps (12). Les patientes se dissocient souvent de leur sensation corporelle par instinct de protection, ce qui peut amener à une non-reconnaissance des symptômes et donc l'impossibilité de les mesurer. De ce fait, il est difficile de les soigner sans connaître l'efficacité du traitement mis en place.

Du côté des soignants, il existe une certaine appréhension à aborder le sujet des violences avec les patientes (27). Les raisons citées sont multiples : peur d'être intrusif ou délétère, manque de temps, difficulté à formuler les questions, difficulté à orienter les femmes victimes, doute quant à leur efficacité pour améliorer la situation. De plus, certains soignants peuvent être déstabilisés dans leurs soins par la création de projections : « et si c'était moi, si c'était ma fille ? » (24). Il peut être difficile de conserver le recul nécessaire pour aider la patiente à restaurer son estime de soi.

La grossesse est un moment de leur vie où les femmes ayant subi l'inceste se retrouvent en face de soignants : cette période privilégiée doit être une occasion de les accompagner, de les orienter pour réduire l'incidence de ce traumatisme sur leur vie. Mais pour venir en aide à ces patientes, il faut être en mesure de dépister, de prendre en charge, d'accompagner. Les sages-femmes ont-elles les outils pour leur venir en aide ? Notre enquête tente de répondre à cette question.

Deuxième partie

Méthodologie

Notre étude a pour but de faire l'état des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes face aux femmes ayant été victimes d'inceste. Dans cette partie nous allons détailler les objectifs et les hypothèses de ce travail qui nous ont permis de choisir un type d'étude et sa méthodologie.

1. Les objectifs de l'étude

Pour tenter de répondre à notre problématique, l'étude réalisée a différents objectifs : mesurer le niveau de connaissances des sages-femmes sur le sujet de l'inceste et repérer les pratiques professionnelles des sages-femmes auprès des femmes victimes d'inceste. Ces deux objectifs permettent de définir les besoins en formation et information des sages-femmes. Enfin, il a semblé important d'évaluer le ressenti des sages-femmes face à l'inceste.

Le but est de sensibiliser, informer et former les sages-femmes à la problématique de l'inceste, afin de réduire l'incidence de ses conséquences sur la grossesse, l'accouchement et la parentalité.

2. Les hypothèses de l'étude

Afin de réaliser l'état des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes sur la problématique de l'inceste, nous avons posé quatre hypothèses.

Les sages-femmes ne sont pas suffisamment formées et informées sur le sujet de l'inceste. Elles dépistent peu les violences sexuelles notamment l'inceste. De même, il nous semble qu'il n'existe pas de prise en charge spécifique des femmes victimes d'inceste au cours de leur parcours en maternité. Enfin, il nous apparaît que l'inceste est un sujet difficile à aborder pour les sages-femmes lors d'un suivi de grossesse.

3. Le type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative, rétrospective et multicentrique. Il s'agit d'un questionnaire, anonyme, de 18 questions, adressé aux sages-femmes (Annexe I).

3.1 Critères d'inclusion

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire destiné uniquement aux sages-femmes. Nous voulions avoir une vision globale de la profession donc nous avons adressé les questionnaires aussi bien aux sages-femmes exerçant au sein d'une maternité qu'à celles exerçant dans une PMI ou en libéral.

3.2 Critères d'exclusion

Nous avons exclu les maternités entièrement privées dans lesquelles les sages-femmes n'effectuent pas de suivis de grossesses.

4. Réalisation de l'étude

Le questionnaire comprend des questions fermées et des questions ouvertes.

Il a été testé auprès de cinq sages-femmes et de deux étudiantes sages-femmes avant sa distribution. Ce premier essai a permis des améliorations.

Lors de l'analyse des questionnaires, il nous a semblé intéressant d'établir un score à partir des questions de connaissance même s'ils n'avaient pas été créés dans cette intention.

Du point de vue géographique, l'étude s'est déroulée dans des départements d'Ile de France : Paris, la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne. Différentes maternités ont été contactées, six ont accepté de distribuer les questionnaires :

- une maternité de type I : les Bluets
- deux maternités de type II : La Pitié-Salpêtrière et Villeneuve-Saint-Georges
- trois maternités de type III : Port-Royal, Meaux, Delafontaine à Saint-Denis (service des consultations)

Les maternités ont été choisies afin de concerner différentes populations de patientes et zones géographiques.

Les sages-femmes libérales contactées sont celles exerçant à proximité des maternités participant à l'étude, afin de limiter les biais de différence de population. Nous les avons contactées par courrier sur leur lieu de travail ou par courriel sur leur mail professionnel.

En revanche, nous avons contacté toutes les sages-femmes de PMI exerçant à Paris, en Seine Saint Denis et en Seine et Marne. En effet, ces sages-femmes sont peu nombreuses donc nous avons choisi d'élargir la zone géographique. Il a été plus difficile de contacter ces sages-femmes puisque nous n'avions pas de liste précise. Le questionnaire leur a été envoyé par mail après un contact téléphonique.

La distribution des questionnaires a commencé mi-septembre dans les maternités, en octobre auprès des sages-femmes libérales et de PMI. Tous les questionnaires ont été récupérés début janvier : nous avons reçus 93 questionnaires exploitables sur 184 distribués. Les sages-femmes travaillant en maternité ont été régulièrement relancées ; en revanche, ce n'est pas le cas pour celles exerçant en libéral et en PMI. Ces dernières ont été jointes par courrier ou par téléphone, leur rappeler de renvoyer le questionnaire était difficilement envisageable.

Pour l'analyse des questionnaires, chaque question a été rattachée à une hypothèse. Le questionnaire aborde donc les quatre thèmes suivants : la formation et la connaissance des sages-femmes sur l'inceste, leurs pratiques de dépistage des violences (en particulier de l'inceste), leurs prises en charge et orientations des victimes (en pratique ou en théorie), leurs ressentis face à la situation d'inceste.

5. Analyse statistique

Les résultats ont été saisis avec le logiciel Microsoft Excel 2007 et analysés avec Microsoft Excel 2003 et le logiciel R (<http://www.R-project.org/>).

Nous avons uniquement des variables qualitatives : nous avons donc utilisé le test du KHI carré de Pearson afin de définir si la différence entre les deux variables étudiées était statistiquement significative. Dans ce cas :

- si $p < 0,05$; la différence est statistiquement significative,
- si $p > 0,05$; la différence n'est pas statistiquement significative.

Lorsque les effectifs étaient insuffisants (effectifs théoriques inférieurs à 5), nous avons utilisé le test exact de Fisher. Cela a été fréquemment le cas, lors de l'analyse de données, puisque nous avons comparé des sous-groupes de notre échantillon.

Troisième partie

Résultats de l'étude

1. Population de l'étude

L'échantillon est composé de sages-femmes travaillant dans différents secteurs d'activité : 93 questionnaires ont été récupérés sur 184 distribués. Le taux de réponse est donc de 51%. Ils étaient tous exploitables.

1.1 Répartition par secteurs d'activité

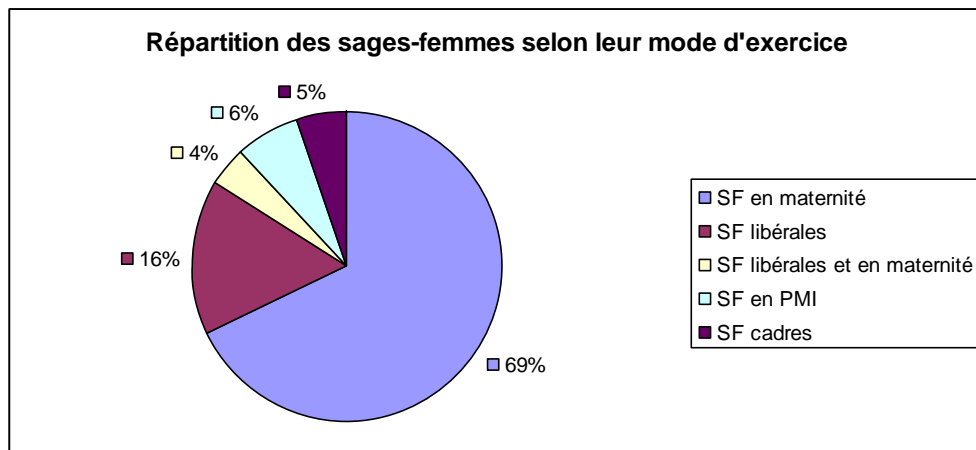


Figure 1 : Mode d'exercice des sages-femmes de l'échantillon

Notre échantillon est principalement composé de sages-femmes exerçant en maternité (69%).

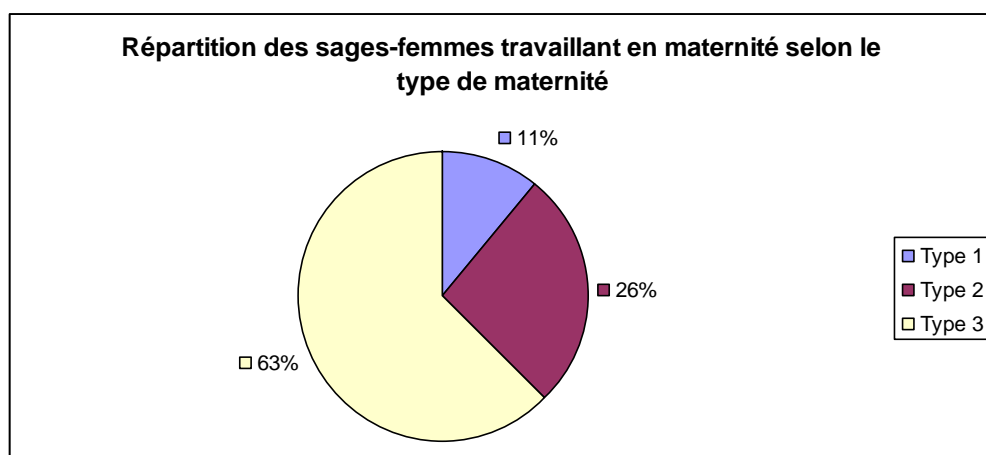


Figure 2 : Type de maternité des sages-femmes hospitalières de l'échantillon

Le type de maternité prédominant dans notre échantillon est le type 3 avec les maternités de Port-Royal, Meaux et Delafontaine ; le type 2 est représenté par les maternités de la Pitié-Salpêtrière et celle de Villeneuve-Saint-Georges ; il y a une maternité de type 1 : les Bluets.

1.2 Répartition géographique

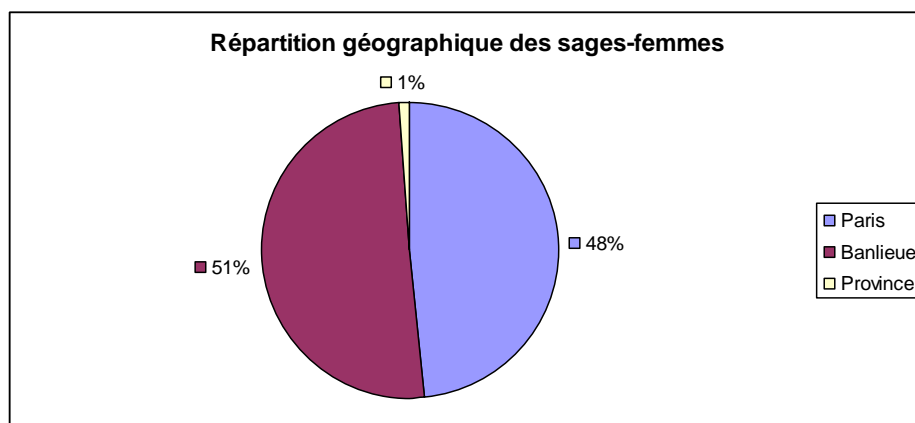


Figure 3 : Lieux d'activité des sages-femmes de l'échantillon

Le nombre de sages-femmes de notre échantillon travaillant en banlieue et à Paris est comparable.

1.3 Les années d'expérience des sages-femmes interrogées

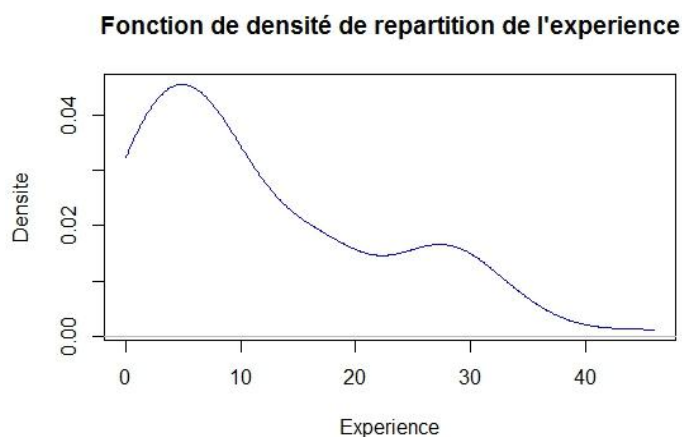


Figure 4 : Répartition de l'expérience

Les années d'expérience des sages-femmes de notre échantillon vont de 0 à 45 ans. La médiane est de 9 ans, la moyenne est de 12 ans. Un quart des sages-femmes a une expérience comprise entre 0 et 3,5 ans. Trois quart des sages-femmes ont une expérience comprise entre 0 et 18 ans.

2. Formation et connaissance des sages-femmes

2.1 Formation des sages-femmes

Formation des SF		Effectifs	%
aucune formation		65	69,89%
formation		28	30,11%
	initiale	9	9,68%
	continue	4	4,30%
	présentations, staffs, réunions professionnelles	6	6,45%
	publication	12	12,90%
	extraprofessionnelle	10	10,75%
	autres	6	6,45%

Tableau 1 : Formation et information sur l'inceste des sages-femmes de notre échantillon

70% des sages-femmes interrogées n'ont pas reçu de formation ou d'information sur la problématique de l'inceste. Certaines sages-femmes ont eu plusieurs types de formations.

Désir de formation	Oui	Non
Effectifs	79	14
%	84,95%	15,05%

Tableau 2 : Désir de formation des sages-femmes de l'échantillon

85% des sages-femmes désirent une formation sur l'inceste.

2.1.1 Relation formation et désir de formation des sages-femmes

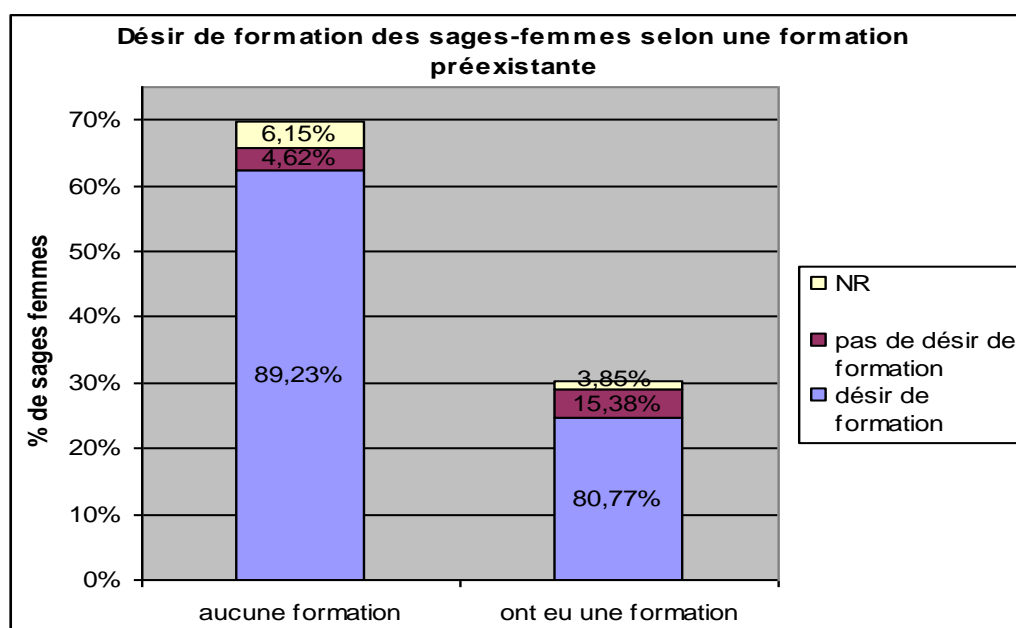


Figure 5 : Relation entre la formation ou information préexistante des sages-femmes et leur désir de formation actuel

La majorité des sages-femmes désirent une formation ou une formation supplémentaire sur la problématique de l'inceste. Les sages-femmes en ayant déjà bénéficié souhaite, pour la majorité, approfondir leurs connaissances (81%). Il n'y a pas de différence significative sur le plan du désir de formation entre les sages femmes formées et non formées (Test exact de Fisher : $p=0,7$).

2.1.1.1 Satisfaction des sages-femmes vis-à-vis de leur formation

	Satisfait	Non satisfait
SF ayant reçu une formation ou une information	12	14
% des sages-femmes	46,15%	53,85%

Tableau 3 : Satisfaction des sages-femmes vis-à-vis de leur formation ou information

Quelque soit le type de formation ou information 54% des sages-femmes ne sont pas satisfaites.

2.1.1.2 Relation entre satisfaction vis-à-vis de la formation et désir de formation supplémentaire

	Satisfait	Non satisfait
Désir de formation supplémentaire	30,77% (8)	53,85% (14)
Pas de désir de formation supplémentaire	15,38% (4)	0,00% (0)

Tableau 4 : Relation entre la satisfaction et le désir de formation supplémentaire

On note que parmi les sages-femmes satisfaites de leur formation ou information sur le sujet de l'inceste, 67% désire une formation supplémentaire.

2.1.2 Relation entre le désir de formation et le fait d'avoir suivi ou non des patientes victimes d'inceste

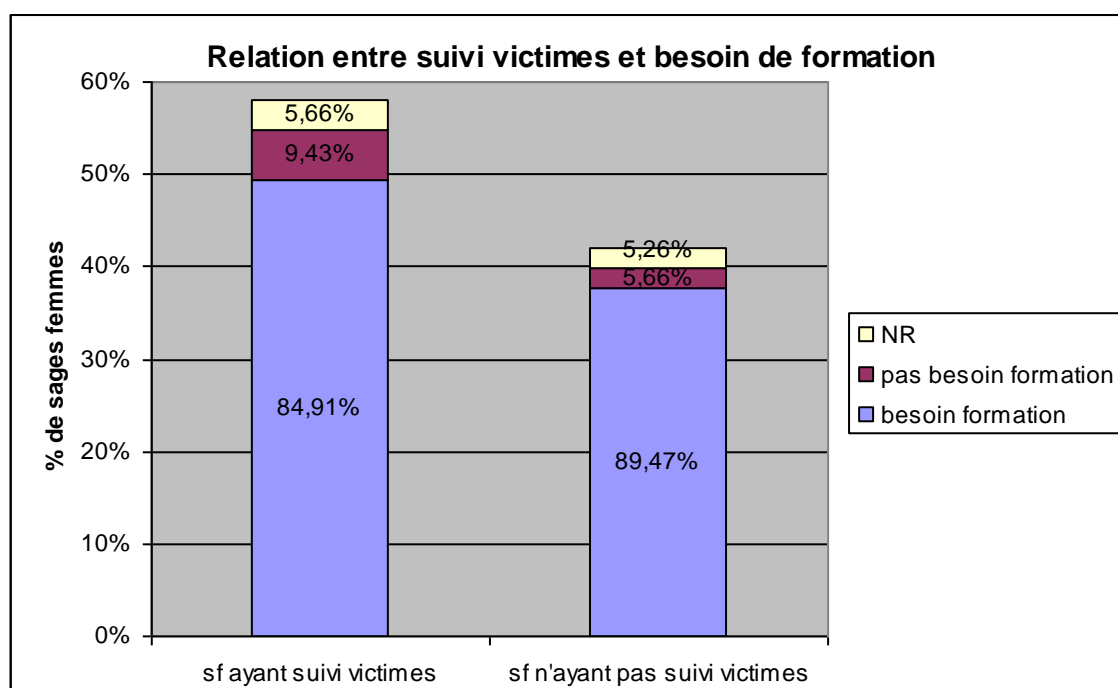


Figure 6 : Relation entre le besoin de formation et le fait d'avoir suivi des victimes

Le fait d'avoir suivi des patientes victimes d'inceste n'augmente pas le besoin de formation des sages-femmes (Test exact de Fisher : $p=0,69$).

2.2 Connaissance des sages-femmes

2.2.1 Niveau de connaissances donné par les sages-femmes

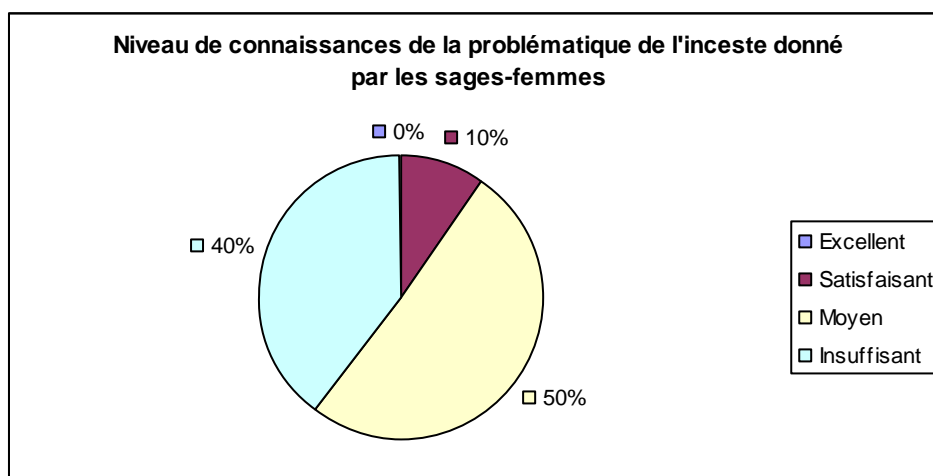


Figure 7 : Niveau de connaissances donné par les sages-femmes

50% des sages-femmes jugent leur niveau de connaissances de la problématique de l'inceste moyen, 41% le jugent insuffisant. 9% d'entre elles pensent avoir un niveau de connaissances satisfaisant, aucune ne le trouve excellent.

2.2.2 Réponse aux questions de connaissance

2.2.2.1 Les signes d'appel

Nombre de signes d'appel	0	1	2	3	4	5	6
Effectifs	13	14	25	25	7	6	3
% de sages-femmes	13,98%	15,05%	26,88%	26,88%	7,53%	6,45%	3,23%

Tableau 5 : Nombre de signes d'appel évoquant des victimes d'inceste donné par les sages-femmes

86% des sages-femmes citent des signes d'appel leur évoquant l'inceste.

Tous les signes d'appel évoquant l'inceste donnés par les sages-femmes sont justes ; 49 signes différents ont été cités (Annexe 2).

	Signes d'appel	Nombre cité	% cité
1	Vaginisme	61	65,59%
2	Repli sur soi	17	18,28%
3	Dépression	14	15,05%
4	Troubles sexuels	9	9,68%

Tableau 6 : Les signes d'appel les plus fréquemment cités

Le vaginisme (66%), le repli sur soi (18%) et la dépression (15%) sont les 3 signes les plus cités par les sages-femmes de notre échantillon.

Le nombre de citations est ramené au nombre de sages-femmes pour le calcul du pourcentage et non pas au nombre total de signes cités. Il en est de même pour les conséquences de l'inceste aux questions suivantes.

2.2.2.2 Les conséquences pendant la grossesse

Conséquences pendant la grossesse	Oui	Non
Effectifs	87	6
% de sages-femmes	93,55%	6,45%

Tableau 7 : Existence de conséquences de l'inceste sur la grossesse selon les sages-femmes
94% des sages-femmes interrogées savent que l'inceste entraîne des conséquences sur la grossesse. Cependant, parmi ces sages-femmes, 9% d'entre elles n'indiquent aucune conséquence dans la question d'après. Il y a donc 85% des sages-femmes de l'échantillon qui connaissent des conséquences de l'inceste sur la grossesse.

42 différentes conséquences de l'inceste sur la grossesse ont été citées par les sages-femmes (Annexe II).

	Conséquences pendant la grossesse	Nombre cité	% cité
1	Vaginisme	19	20,43%
2	Désinvestissement de la grossesse	17	18,28%
3	Grossesse mal suivie	17	18,28%
4	Déni de grossesse	16	17,20%

Tableau 8 : Les conséquences pendant la grossesse les plus fréquemment citées

Les 3 conséquences les plus fréquemment citées par les sages-femmes sont le vaginisme (20%), le mauvais suivi de la grossesse (18%), et le désinvestissement des patientes victimes d'inceste à l'égard de leur grossesse (18%).

2.2.2.3 Les conséquences pendant l'accouchement

Conséquences pendant l'accouchement	Oui	Non
Effectifs	82	11
% de sages-femmes	88,17%	11,83%

Tableau 9 : Existence de conséquences de l'inceste sur l'accouchement selon les sages-femmes

88% des sages-femmes indiquent que l'inceste a des conséquences sur l'accouchement. Cependant, 20% d'entre elles ne donnent aucune conséquence à la question suivante. Il y a donc 71% des sages-femmes qui connaissent des conséquences de l'inceste sur l'accouchement.

Il y a 33 conséquences différentes citées par les sages-femmes (Annexe II).

	Conséquences lors de l'accouchement	Nombre cité	% cité
1	Stagnation	15	16,13%
2	Tokophobie	14	15,05%
3	Dystocie	12	12,90%
4	Vaginisme	12	12,90%

Tableau 10 : Les conséquences pendant l'accouchement les plus fréquemment citées

Quatre conséquences sont principalement citées par les sages-femmes : la stagnation (16%), la tokophobie (15%), les dystocies (13%), le vaginisme (13%).

2.2.2.4 Les conséquences pendant le post-partum

Conséquences lors du post-partum	Oui	Non
Effectifs	69	24
% de sages-femmes	74,19%	25,81%

Tableau 11 : Existence de conséquences de l'inceste lors du post-partum selon les sages-femmes

74% des sages-femmes interrogées pensent que l'inceste entraîne des conséquences sur le post-partum. Cependant, parmi ces sages-femmes, 30% ne donnent aucune conséquence à la question suivante. Il n'y a donc que 52% des sages-femmes de notre échantillon qui connaissent des conséquences de l'inceste dans le post-partum.

19 conséquences différentes ont été citées par les sages-femmes (Annexe II).

	Conséquences lors du post-partum	Nombre cité	% cité
1	Dépression du post-partum	19	20,43%
2	Baby blues	10	10,75%
3	Dépression	6	6,45%
4	Allaitement difficile	4	4,30%

Tableau 12 : Les conséquences lors du post-partum les plus fréquemment citées

Les trois conséquences principales citées par les sages-femmes sont : la dépression du post-partum (20%), le baby-blues (11%), la dépression (6%).

2.2.2.5 Les conséquences sur la relation parents-enfant

Conséquences lien parent-enfant	Oui	Non
Effectifs	84	8
% de sages-femmes	90,32%	8,68%

Tableau 13 : Existence de conséquences de l'inceste sur la relation parents-enfant selon les sages-femmes

90% des sages-femmes savent qu'avoir été victime d'inceste entraîne des conséquences sur la relation parents enfant. Cependant, parmi ces sages-femmes, 15% n'ont donné aucune conséquence à la question suivante. Il y a donc 76% des sages-femmes de notre échantillon qui connaissent des conséquences de l'inceste sur la relation parent enfant.

22 conséquences différentes ont été citées par les sages-femmes (Annexe II).

	Conséquences sur le lien parent enfant	Nombre cité	% cité
1	Instauration du lien mère enfant difficile	42	45,16%
2	Rejet du nouveau-né	11	11,83%
3	Maternage difficile	9	9,68%
4	Peur pour la sécurité de l'enfant	9	9,68%

Tableau 14 : Les conséquences sur la relation parents-enfant les plus fréquemment citées

La conséquence sur la relation parent enfant la plus citée par les sages-femmes est la difficulté d'instaurer le lien mère enfant (45%). Les trois suivantes sont le rejet de l'enfant (12%), la difficulté dans les soins de maternage pour la mère (10%), la peur pour la sécurité de l'enfant (10%).

2.2.2.6 La fréquence de l'inceste en France

Réponses	3%	Supérieur à 3%	Inférieur à 3%	NR
Effectifs	21	51	11	10
% de sages-femmes	22,58%	54,84%	11,83%	10,75%

Tableau 15 : La fréquence de l'inceste en France selon les sages-femmes

23% des sages-femmes ont bien répondu à cette question. 55% ont surestimé la fréquence.

11% n'ont pas répondu à cette question.

2.2.2.7 La fréquence de l'inceste en France

Recommandations HAS sur l'inceste	Connues	Non connues
Effectifs	4	89
% de sages-femmes	4,30%	95,70%

Tableau 16 : Connaissance des recommandations de l'HAS

96% des sages-femmes interrogées ne connaissent pas les recommandations de l'HAS en matière d'inceste en France.

2.2.3 Score de connaissance

Au cours de l'exploitation des données, il nous a paru intéressant de construire un score à partir des questions 5 à 8 qui portent sur les signes d'appel et les conséquences de l'inceste, sa prévalence dans la population générale et les recommandations de l'HAS le concernant. Le but est de pouvoir confronter le niveau de connaissance donné avec celui calculé par les réponses aux questions.

Le score va de 0 à 12 points. Les questions 5 et 6 sont notées selon les signes ou les conséquences donnés : 0,25 pour un signe ou une conséquence mineur, 0,5 pour un signe ou une conséquence majeur. Le maximum par item (signes d'appel, conséquences sur la grossesse, sur l'accouchement, sur le post-partum, sur la relation parent enfant) est de 2 points. Les questions 6 et 7 sont notées un point chacune.

Niveau	Insuffisant	Moyen	Satisfaisant	Excellent
Score	De 0 à 3	De 3,25 à 6	De 6,25 à 9	De 9,25 à 12

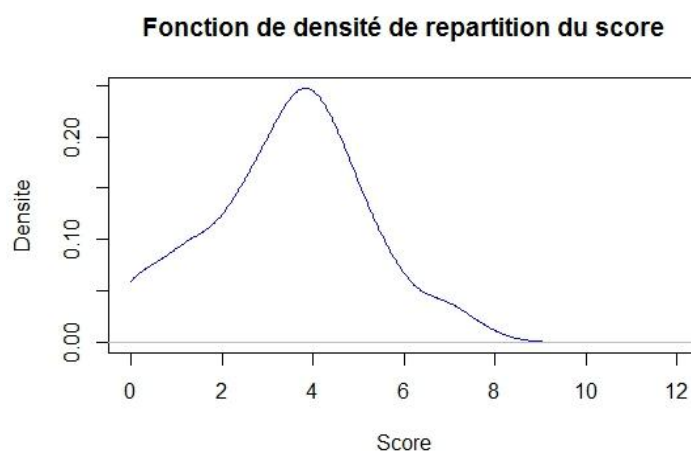


Figure 8 : Répartition du score

Le score de connaissance varie de 0 à 7,5 : il n'y a aucun score excellent. La médiane et la moyenne sont de 3,5, soit un score moyen. Un quart des sages-femmes ont un score entre 0 et 2,5. Les trois quarts des sages-femmes ont un score entre 0 et 4,5.

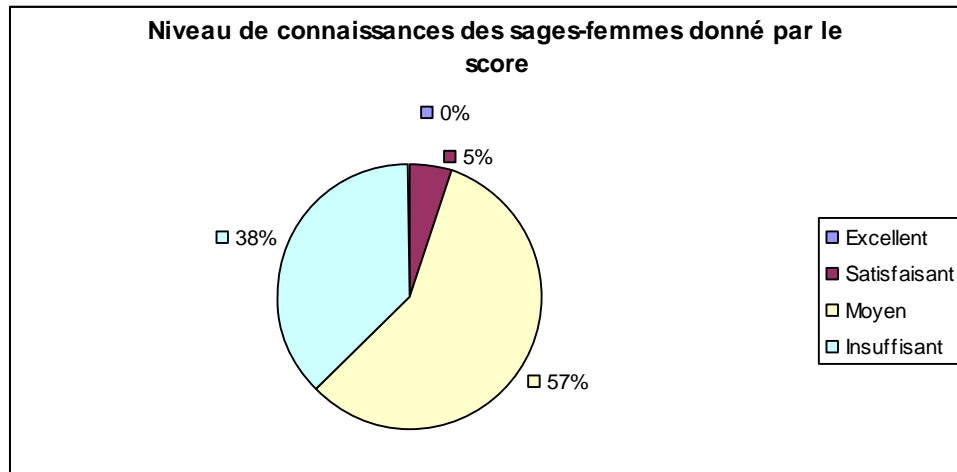


Figure 9 : Niveau de connaissances des sages-femmes donné par le score

57% des sages-femmes ont un score moyen, 38% ont un score insuffisant, 5% ont un score satisfaisant.

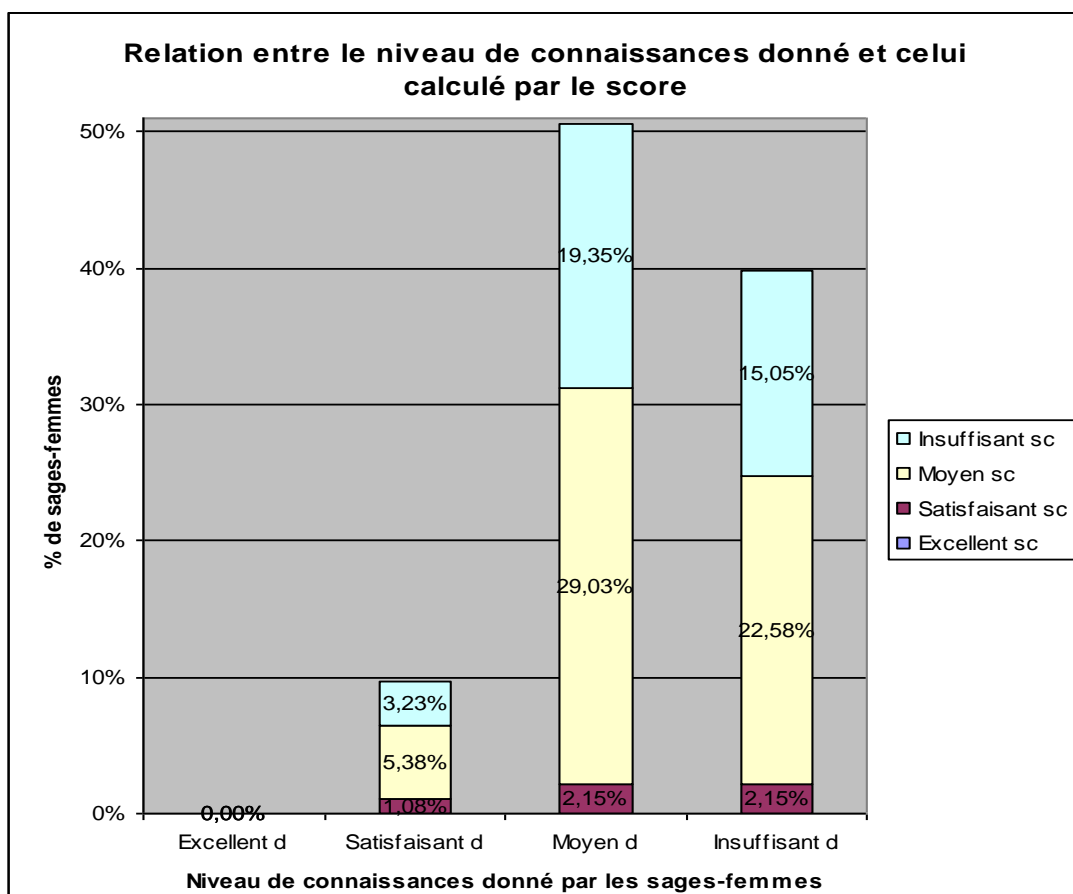


Figure 10 : Relation entre le niveau de connaissance donné par le score et celui donné par les sages-femmes

45% des sages-femmes ont un niveau de connaissance donné identique à celui calculé par le score. 28% ont donné un niveau plus élevé que celui calculé par le score. 27% ont donné un niveau plus faible que celui calculé par le score.

2.2.3.1 Relation entre niveau de connaissance par le score et formation

	Formation	Pas de formation
Insuffisant	6,59% (7)	30,77% (28)
Moyen	18,68% (18)	38,46% (35)
Satisfaisant	3,30% (3)	2,20% (2)
Excellent	0,00% (0)	0,00% (0)

Tableau 17 : Relation entre le niveau de connaissances donné par le score et la formation des sages-femmes

Le fait d'avoir eu une formation à propos de l'inceste n'augmente pas le niveau de connaissances calculé par le score chez les sages-femmes (Test exact de Fisher : $p=0,11$).

2.2.3.2. Corrélation entre le niveau de connaissances par le score et les années d'expérience

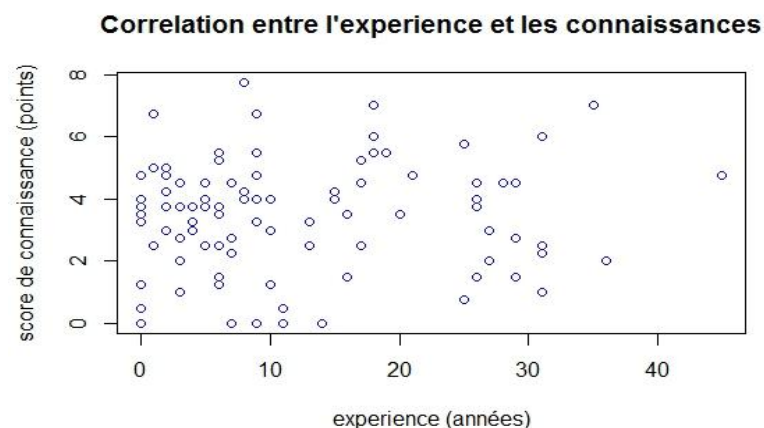


Figure 11 : Corrélation entre les années d'expérience et le score de connaissances

Le coefficient de corrélation de Pearson est de 0,064 entre ces deux critères : il n'y a donc aucune corrélation. On peut donc en déduire que les années d'expérience n'expliquent pas le score.

3. Dépistage des violences sexuelles notamment l'inceste par les sages femmes

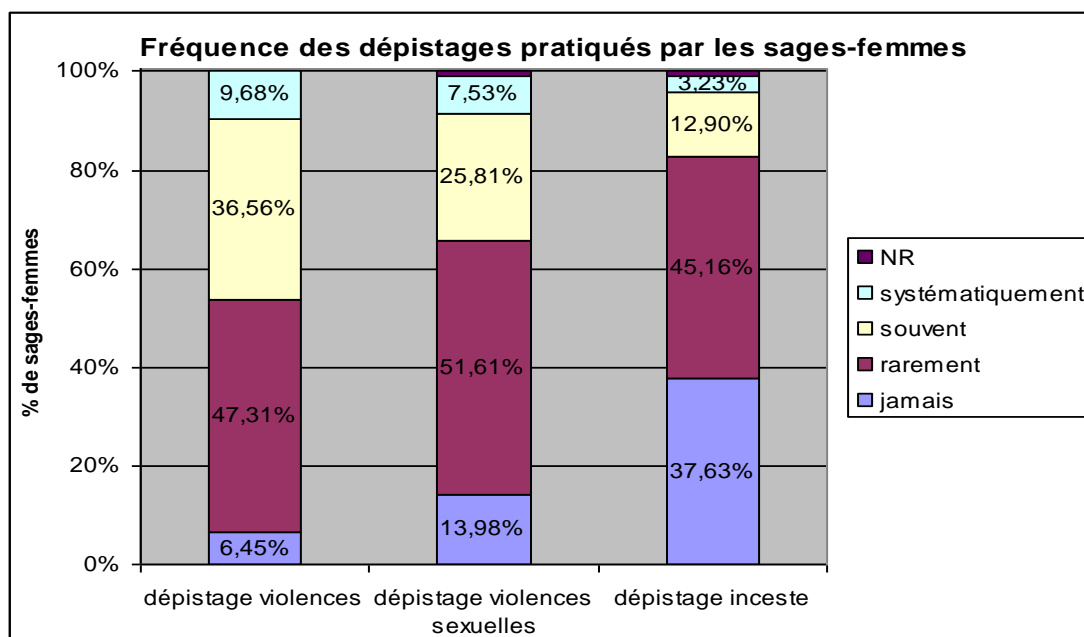


Figure 12 : Fréquence des dépistages des violences, des violences sexuelles et de l'inceste pratiqués par les sages-femmes

L'inceste est dépisté par 61% des sages-femmes, 3% réalisent ce dépistage de manière systématique.

3.1 A quel moment les sages-femmes dépistent les violences?

Moment	Consultations	Suites de couches	Salle de naissance	Entretien du 4e mois	Autres
Effectifs	59	30	29	23	27
% de sages-femmes	63,44%	32,26%	31,18%	24,73%	29,03%

Tableau 18 : Moment de réalisation des dépistages des violences des sages-femmes

Les dépistages des sages-femmes sont faits le plus souvent lors des consultations prénatales (63%).

Les dépistages sont réalisés également lors de la rééducation périnéale (6%), à n'importe quel moment (5%), dans le service de grossesse à haut risque (4%), en préparation à la naissance individuelle, pendant des consultations d'urgence ou de gynécologie.

3.2 Comment les sages-femmes dépistent l'inceste?

	Signes	Questions	Signes + Questions	Autres	NR
Effectifs	25	18	6	3	5
%	43,86%	31,58%	10,53%	5,26%	8,77%

Tableau 19 : Méthode de dépistage de l'inceste des sages-femmes

Parmi les sages-femmes qui dépistent l'inceste, 44% d'entre elles réalisent un dépistage par signes d'appel.

3.2.1 Relation entre la technique de dépistage de l'inceste et la fréquence

Dépistage de l'inceste	Signes	Questions	Signes + questions	Autres	NR
Rare	35,09% (20)	19,30% (11)	7,02% (4)	3,51% (2)	8,77% (5)
Souvent	8,77% (5)	7,02% (4)	3,51% (2)	1,75% (1)	0,00% (0)
Systématiquement	0,00% (0)	5,26% (3)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)

Tableau 20 : Relation entre la méthode de dépistage et la fréquence de dépistage de l'inceste

Il n'y a pas d'influence de la fréquence du dépistage sur la technique de dépistage (Test exact de Fisher : $p=0,35$).

3.2.2 Relation entre la technique de dépistage de l'inceste et la connaissance des signes d'appel

Méthode de dépistage	Signes	Questions	Signes + questions	Autres	NR
Nombre de signes d'appel	0	3,51% (2)	1,75% (1)	0,00% (0)	1,75% (1)
	< ou = 3	28,07% (16)	29,82% (17)	7,02% (4)	7,02% (4)
	> 3	14,04% (8)	0,00% (0)	3,51% (2)	1,75% (1)

Tableau 21 : Relation entre la méthode de dépistage et le nombre de signes d'appel cité évoquant une femme victime d'inceste

14% des sages-femmes pratiquent le dépistage de l'inceste uniquement par signes d'appel et connaissent plus de 3 signes d'appel.

3.3 Relation entre la fréquence de dépistage de l'inceste et la sensibilisation sur ce sujet

3.3.1 Fréquence de dépistage de l'inceste et suivi de patientes victimes

Dépistage de l'inceste	Jamais	Rare	Souvent	Systématique	NR
SF ayant suivi des victimes	8,60% (8)	34,41% (32)	10,75% (10)	3,23% (3)	1,08% (1)
SF n'ayant pas suivi de victimes	29,03% (27)	10,75% (10)	2,15% (2)	0,00% (0)	0,00% (0)

Tableau 22 : Relation entre la fréquence de dépistage de l'inceste et le fait d'avoir suivi ou non des patientes victimes

Les sages-femmes ayant déjà suivi une ou plusieurs victimes d'inceste dépistent significativement plus l'inceste (Test exact de Fisher : $p=7,06 \times 10^{-7}$).

3.3.2 Fréquence de dépistage de l'inceste et formation ou information des sages-femmes

dépistage de l'inceste	jamais	rarement	souvent	systématique	NR
formation	7,53% (7)	10,75% (10)	9,68% (9)	2,15% (2)	0% (0)
pas de formation	30,11% (28)	34,41% (32)	3,23% (3)	1,08% (1)	1,08% (1)

Tableau 23 : Relation entre la fréquence de dépistage de l'inceste et la formation ou l'information des sages-femmes

Les sages-femmes ayant eu une formation ou une information sur le sujet de l'inceste le dépiste significativement plus fréquemment (Test exact de Fisher : $p=0,0012$)

3.4 Relation entre la fréquence de dépistage et le niveau de connaissances donné par les sages-femmes

	Jamais	Rare	Souvent	Systématique	NR
Insuffisant	24,73% (23)	12,90% (10)	1,08% (1)	1,08% (1)	0,00% (0)
Moyen	10,75% (10)	31,18% (29)	7,53% (7)	0,00% (0)	1,08% (1)
Satisfaisant	2,15% (2)	1,08% (1)	4,30% (4)	2,15% (2)	0,00% (0)
Excellent	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)

Tableau 24 : Relation entre la fréquence de dépistage de l'inceste et le niveau de connaissances donné par les sages-femmes

Les sages-femmes qui jugent avoir un niveau de connaissances moyen et satisfaisant de la problématique de l'inceste dépistent significativement plus l'inceste que les sages-femmes avec un niveau insuffisant (Test exact de Fisher : $p=2,33 \times 10^{-6}$).

3.5 Relation entre la fréquence de dépistage et le niveau de connaissances donné par le score

	Jamais	Rare	Souvent	Systématique	NR
Insuffisant	15,05% (14)	17,20% (16)	4,30% (4)	0,00% (0)	1,08% (1)
Moyen	20,43% (19)	25,81% (24)	7,53% (7)	3,23% (3)	0,00% (0)
Satisfaisant	2,15% (2)	2,15% (2)	1,08% (1)	0,00% (0)	0,00% (0)
Excellent	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)

Tableau 25 : Relation entre la fréquence de dépistage de l'inceste et le niveau de connaissances donné par le score

Le niveau de connaissances de la problématique de l'inceste calculé par le score n'influence pas la fréquence du dépistage de l'inceste par les sages-femmes (Test exact de Fisher : $p=0,84$).

4. Prise en charge des patientes ayant été victimes d'inceste lors de leur parcours en maternité

4.1 Nombre de sages-femmes ayant suivi des victimes d'inceste

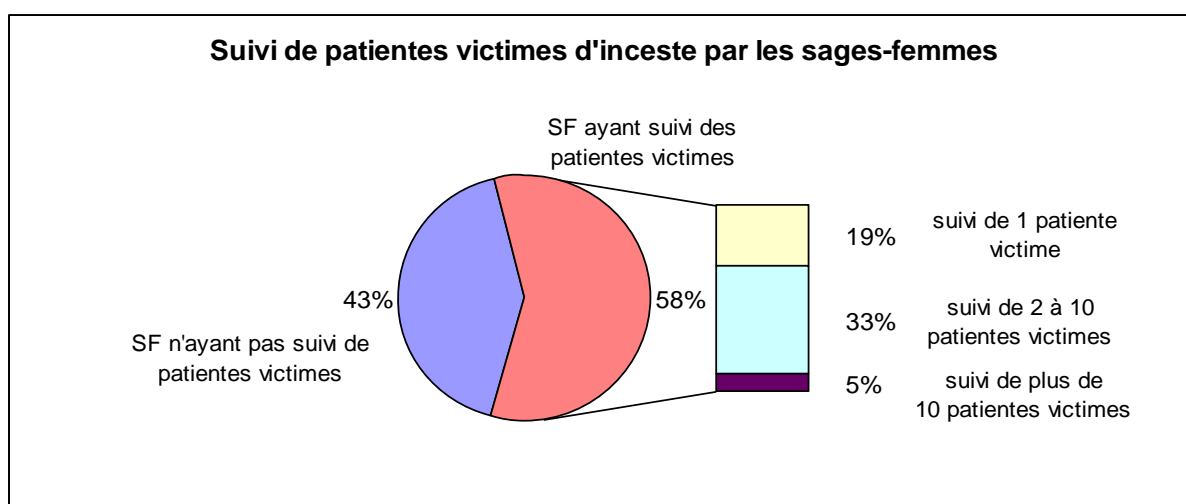


Figure 13 : Nombre de sages-femmes ayant suivi des victimes d'inceste

58% des sages-femmes interrogées déclarent avoir suivi une ou des patientes ayant été victimes d'inceste.

4.2 Modification de la prise en charge

	PEC modifiée	Pec Non modifiée	NR
SF ayant suivi victimes	46,24% (43)	11,83% (11)	0,00% (0)
SF n'ayant pas suivi victimes	27,96% (26)	12,90% (12)	1,08% (1)
Totaux	74,19% (69)	24,73% (23)	1,08% (1)

Tableau 26 : Modification de la prise en charge face à une patiente ayant été victime d'inceste

74% des sages-femmes modifient leur prise en charge face à une patiente ayant été victime d'inceste.

22 éléments de prise en charge différents ont été cités par les sages-femmes (Annexe III).

	SF ayant suivi victimes		SF n'ayant pas suivi victimes		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Modification PEC						
Plus attentive	9	9,68%	8	8,60%	17	18,28%
Précaution lors des TV	10	10,75%	2	2,15%	12	12,90%
Plus de temps	9	9,68%	1	1,08%	10	10,75%
Plus à l'écoute	9	9,68%	0	0,00%	9	9,68%

Tableau 27 : Modifications de prise en charge les plus fréquemment citées par les sages-femmes

Les trois modifications les plus fréquemment citées sont : être plus attentive (18%), réaliser les touchers vaginaux avec précaution (13%), consacrer plus de temps aux patientes (11%).

Les différentes propositions de prise en charge ont été ramenées au nombre de sages-femmes et non pas au nombre total de propositions pour calculer les pourcentages.

4.3 Orientation des patientes vers un autre professionnel

	Orientation	Pas d'orientation
SF ayant suivi victimes	45,05% (41)	14,29% (13)
SF n'ayant pas suivi victimes	40,66% (37)	2,20% (2)
Totaux	85,71% (78)	16,48% (15)

Tableau 28 : Orientation vers un professionnel

86% des sages-femmes orientent les patientes victimes d'inceste vers un professionnel.

Les sages-femmes ont cité 12 professionnels différents vers qui orienter (Annexe III).

	SF ayant suivi victimes		SF n'ayant pas suivi victimes		Total	
Orientation	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Psychologue	37	39,78%	32	34,41%	69	74,19%
AS	6	6,45%	8	8,60%	14	15,05%
Psychiatre	4	4,30%	0	0,00%	4	4,30%
Sexologue	1	1,08%	3	3,23%	4	4,30%
Pédopsychiatre	2	2,15%	2	2,15%	4	4,30%

Tableau 29 : Les professionnels les plus fréquemment cités pour l'orientation

Les deux professionnels les plus fréquemment cités sont le psychologue (74%) et l'assistant social (15%).

Les différentes propositions d'orientation ont été ramenées au nombre de sages-femmes et non pas au nombre total de propositions pour calculer les pourcentages.

4.4 Connaissance des organismes où adresser les patientes ayant été victimes d'inceste

	Connaissance d'associations	Aucune association connue
SF ayant suivi victimes	18,28% (17)	39,78% (37)
SF n'ayant pas suivi victimes	1,08% (1)	40,86% (38)
Total	19,35% (18)	80,65% (75)

Tableau 30 : Connaissance des associations où adresser les victimes

81% des sages-femmes de notre échantillon ne connaissent pas d'associations où adresser les femmes victimes d'inceste.

Les sages-femmes ayant suivi des patientes victimes d'inceste connaissent significativement plus d'organismes où adresser les victimes d'inceste par rapport aux sages femmes qui n'en ont jamais suivies (Test de Khi2 : $p=0,0005$)

5. Ressenti des sages femmes vis-à-vis de patientes ayant été victimes d'inceste

5.1 Ressenti des sages-femmes face à la situation d'inceste

	Gêne	Rien de particulier	Peur de mal faire	Empathie	Démuni	Autres
SF ayant suivi victimes	3,23% (3)	3,23% (3)	18,28% (17)	37,63% (35)	11,83% (11)	5,38% (5)
SF n'ayant pas suivi victimes	6,45% (6)	3,23% (3)	16,13% (15)	26,88% (25)	13,98% (13)	5,38% (5)
Total	9,68% (9)	6,45% (6)	34,41% (32)	64,52% (60)	25,81% (24)	10,75% (10)

Tableau 31 : Ressenti des sages-femmes face à la situation d'inceste

Le sentiment majoritaire des sages-femmes face à cette situation est l'empathie (65%), suivie par la peur de mal faire (34%).

5.2 Les sages-femmes abordent elles le sujet de l'inceste avec les patientes victimes ?

Sujet de l'inceste	Abordé	Non abordé	NR
SF ayant suivi victimes	38,71% (36)	19,35% (18)	0,00% (0)
SF n'ayant pas suivi victimes	30,11% (28)	7,53% (7)	4,30% (4)
Total	68,82% (64)	26,88% (25)	4,30% (4)

Tableau 32 : Abord du sujet de l'inceste avec les patientes victimes par les sages-femmes

27% des sages-femmes n'abordent ou n'aborderaient pas le sujet avec les patientes. Il n'y a pas de différence significative entre les sages-femmes ayant eu une patiente victime ou non sur l'abord du sujet de l'inceste avec les patientes victimes (Test de KHI 2 : $p=0,17$)

5.2.1 Relation entre l'abord du sujet de l'inceste et la formation

Sujet de l'inceste	Abordé	Non abordé	NR
Formation	23,66% (22)	5,38% (5)	1,08% (1)
Pas de formation	45,16% (42)	21,51% (20)	3,23% (3)

Tableau 33 : Relation entre l'abord du sujet de l'inceste avec les patientes et la présence d'une formation

Il n'y a pas d'impact de la formation sur le fait d'aborder ou non le sujet de l'inceste avec les patientes.

5.2.2 Relation entre l' abord du sujet de l'inceste et les connaissances des sages-femmes

5.2.2.1 Connaissance donnée par les sages-femmes

Sujet de l'inceste	Abordé	Non abordé	NR
Insuffisant	19,35% (18)	15,05% (14)	2,15% (2)
Moyen	38,71% (36)	10,75% (10)	1,08% (1)
Satisfaisant	7,53% (7)	1,08% (1)	1,08% (1)
Excellent	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)

Tableau 34 : Relation entre l'abord du sujet de l'inceste avec les patientes et le niveau de connaissances donné par les sages-femmes

Le niveau de connaissances donné par les sages-femmes n'influence pas le fait d'aborder ou non le sujet de l'inceste avec les patientes victimes (Test exact de Fisher : $p=0,066$)

5.2.2.2 Connaissance donnée par le score

Sujet de l'inceste	Abordé	Non abordé	NR
Insuffisant	24,73% (23)	11,83% (11)	1,08% (1)
Moyen	39,78% (37)	15,05% (14)	2,15% (2)
Satisfaisant	4,30% (4)	0,00% (0)	1,08% (1)
Excellent	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)

Tableau 35 : Relation entre l'abord du sujet de l'inceste avec les patientes et le niveau de connaissances donné par le score

Le niveau de connaissances calculé par le score n'a pas de conséquence sur le fait d'aborder ou non le sujet de l'inceste avec les patientes victimes (Test exact de Fisher : $p=0,52$)

5.3 Satisfaction des patientes selon les sages-femmes

Patientes satisfaites	oui	non	NR
Effectifs	34	3	18
%	62,96%	5,56%	33,33%

Tableau 36 : Satisfaction des patientes victimes d'inceste vis-à-vis de la prise en charge selon les sages-femmes

33% des sages-femmes n'ont pas répondu à cette question. La plupart ont indiqué ne pas savoir.

Quatrième partie

Analyse et Discussion

1. Evaluation de la validité de l'étude

1.1 Evaluation de la population de l'étude

La population étudiée se définit principalement par trois critères : le secteur d'activité, le lieu d'activité et les années d'expérience.

Les sages-femmes de l'échantillon travaillent principalement en maternité (69%), puis en libéral exclusif (16%), en PMI (5%) et en mixte (4%). L'exercice mixte est défini par l'activité à la fois en libéral et en maternité. Dans l'étude nationale sur les sages-femmes menée par la DREES en 2012, 74% des sages-femmes sont salariées en hospitalier, 14% libérales exclusif, 4% en mixte, 5% en PMI (28). La répartition des secteurs d'activité chez les sages-femmes de l'étude est donc très proche de celle à l'échelle nationale. Sur ce point, la population de l'étude est comparable à la population nationale des sages-femmes.

Les sages-femmes qui ont répondu aux questionnaires se répartissent également entre Paris et la banlieue. Il n'y a donc pas de biais sur le plan géographique.

Les sages-femmes interrogées sont principalement des jeunes diplômées : la moyenne d'années d'expérience est de 12 ans, la médiane de 9 ans. Il n'y a pas de données nationales pour l'expérience des sages-femmes. La seule donnée existante est le pourcentage de sages-femmes en activité pour chaque année après le diplôme, dans l'étude de la DREES. Il est impossible de comparer les sages-femmes de l'étude avec la population française de sages-femmes sur ce point.

Cet échantillon de sages-femmes ne permet pas une généralisation des résultats : échantillon limité par le temps de l'étude et manque de comparaison de données. L'étude est qualitative, elle a pour but d'engager une réflexion sur le sujet de l'inceste dans la profession de sage-femme.

1.2 Evaluation du type d'étude: forces et limites

Notre étude est multicentrique : elle a été réalisée dans différentes maternités et régions d'Ile-de-France. Cependant, la représentation des types de maternités est hétérogène : une seule maternité de type 1 a accepté d'être un terrain de notre étude.

La diversité de la profession de sages-femmes est bien représentée : hospitalières, libérales, en PMI, cadres de service et enseignements. Nous aurions souhaité davantage de sages-femmes de PMI au sein de notre échantillon mais, en l'absence de liste exhaustive de contacts, elles ont été difficiles à joindre. Elles ont été contactées par téléphone lors de leur présence en permanence en PMI, il y a donc un biais de recrutement pour cette catégorie de sages-femmes.

Les limites principales de notre étude sont dues au type d'étude réalisée. Comme tous travaux rétrospectifs, notre recherche a un biais de mémorisation. En effet, les questions posées demandent aux sages-femmes de se souvenir de leurs expériences. Elle a aussi un biais d'auto-sélection puisque seules les sages-femmes pouvaient décider de remplir ou non le questionnaire.

2. Evaluation des résultats

2.1 Formation et connaissances des sages-femmes sur le sujet de l'inceste

2.1.1 Les connaissances des sages-femmes

Les sages-femmes ont été interrogées sur la perception de leurs connaissances concernant l'inceste. En début du questionnaire : 50% jugent leur niveau moyen, 40% insuffisant et 10 % satisfaisant. Aucune ne pense avoir un niveau de connaissances excellent. Lors de l'analyse des questionnaires, il a semblé intéressant de mettre au point un score de connaissances à partir des questions suivantes pour pouvoir comparer le niveau de connaissances déclaré par les sages-femmes et celui qui apparaissait dans leurs réponses. Ce score aurait pu être encore plus exact et adapté si le questionnaire avait été créé dans ce sens. Le calcul du

niveau de connaissances par le score donne une répartition légèrement différente : 57% des sages-femmes ont un niveau moyen, 38% insuffisant, 5% satisfaisant. 55% des sages-femmes a un niveau déclaré différent du niveau calculé (la moitié se surévalue, la moitié se sous-évalue). Parmi les sages-femmes qui jugent leur niveau satisfaisant, une seule a un score de niveau satisfaisant, alors que quatre ont un score de niveau insuffisant. Parmi les sages-femmes ayant un score satisfaisant, 2 se jugent comme de niveau insuffisant. Il semble assez difficile pour les sages-femmes de juger de leur propre connaissance sur la problématique de l'inceste ; une sage-femme a même écrit à la fin de son questionnaire : « Cela m'a donné l'occasion de constater qu'en effet, je sais moins de choses sur l'inceste que ce que j'aurais cru... ».

Dans la première partie du questionnaire, il a été demandé aux sages-femmes de donner les signes d'appel et les conséquences que peut produire le traumatisme de l'inceste. De nombreux signes et conséquences ont été cités par les sages-femmes : tous sont justes (Annexe II). Certains sont majeurs et d'autres mineurs mais, dans la population de l'étude, il n'y a eu aucun signe erroné de cité. La séparation entre majeurs et mineurs a été faite notamment pour attribuer les points aux questions pour la construction du score de connaissance. Il était impossible de retenir un groupe de 4 ou 5 signes ou conséquences de l'inceste pour attribuer les points. Cette classification a été faite grâce aux données bibliographiques utilisées dans la première partie du mémoire.

Le vaginisme est le premier signe d'appel donné par les sages-femmes, la première conséquence pendant la grossesse et la quatrième lors de l'accouchement. La plupart ont écrit le terme « vaginisme », d'autres ont décrit le symptôme : « TV difficile voire impossible », « grande difficulté à être examinée ». Il a été séparé des autres troubles sexuels donnés par les sages-femmes : « dyspareunies », « frigidité », « sexualité perturbée ». Il est vrai que ce symptôme est fréquent chez les victimes d'inceste : 41% des grossesses des femmes interrogées dans l'étude de Magali LEFEBVRE sont marquées par un vaginisme (3).

43% des femmes victimes évoquent des troubles alimentaires pendant leurs grossesses : c'est la conséquence de l'inceste la plus fréquente (3). Or, dans notre étude, seules quatre sages-femmes donnent les troubles alimentaires comme signe d'appel et une seule comme conséquence de l'inceste lors de la grossesse.

Lors de 33% des grossesses, les femmes victimes d'inceste souffrent d'un mal-être vis-à-vis de la présence du bébé dans leur corps (3). Au sein de notre échantillon, plusieurs signes ont été donnés qui peuvent correspondre à cet élément : rapport au corps difficile pendant la grossesse (6% en signe d'appel, 1% en conséquence lors de la grossesse), mal-être (4% en signe d'appel, 2% en conséquence lors de la grossesse), difficultés à accepter les mouvements actifs fœtaux (1%), pas de projection sur le bébé (1%). Ils restent donc minoritaires chez les sages-femmes interrogées.

Les conduites addictives concerneraient 32% des grossesses des femmes victimes d'inceste (3) : 2% des sages-femmes les citent comme signes d'appel. Le mauvais suivi des grossesses est cité par 18% des sages-femmes dans les conséquences de l'inceste sur la grossesse ; 25% des grossesses de femmes victimes d'inceste dans l'étude de Magali LEFEBVRE ont été mal suivies. Il y a donc discordance entre le pourcentage de citations par les sages-femmes de notre étude et la fréquence chez les femmes victimes.

L'existence de conséquences de l'inceste lors de l'accouchement est connue de 88% des sages-femmes, 71% citent au moins une conséquence. Dans la population interrogée, les signes les plus souvent cités sont les impacts sur la mécanique obstétricale : stagnation de la dilatation (16%), dystocie durant le travail (13%), non engagement de la présentation (2%), insuffisance des efforts expulsifs (9%). Les sages-femmes évoquent également leurs résultantes : un taux de césariennes (9%) et d'accouchements instrumentaux (8%) augmenté. La deuxième conséquence dans cette catégorie est la tokophobie (15%) ; seulement 2 sages-femmes citent le terme exact, il y a eu de nombreuses périphrases pour définir cette notion : « peur panique de la voie basse », « refus violent du passage du bébé voie basse », « panique de la voie basse au moment de l'expulsion ».

Les conséquences de l'inceste chez les femmes au cours du post-partum est la catégorie la moins connue des sages-femmes (52% des sages-femmes citent au moins une conséquence). Une sage-femme a écrit dans son questionnaire que le fait d'avoir un enfant, chez ces femmes victimes d'inceste, donnait lieu à « l'incompréhension encore plus grande de se dire qu'un homme de son entourage a pu s'attaquer à un enfant (elle-même) en l'ayant connu aussi fragile qu'un nouveau-né ». Le fait de devenir mère réactualise, d'une certaine façon, le traumatisme. Il n'y a qu'une sage-femme dans l'échantillon qui cite les flash-back. Or ceux-ci peuvent

être très présents et perturber fortement l'état psychique de la mère et sa relation à l'enfant. La plupart des sages-femmes citent donc les conséquences de cette situation psychique complexe : dépression du post-partum (20%), baby-blues (11%), dépression (6%). Il n'y a que 3% des sages-femmes qui citent la psychose puerpérale.

90% des sages-femmes savent que l'inceste entraîne des conséquences sur la relation parents-enfants : la plupart parle d'un lien mère-bébé difficile notamment sur sa mise en place. Les termes « difficile » ou « compliquée » reviennent souvent pour qualifier cette relation : « difficultés à l'attachement au bébé », « la mise en place du lien mère-enfant risque d'être très compliquée », « difficultés à établir une relation saine (absence d'idées sur ce qu'est une vraie relation parents-enfant) ». Une sage-femme écrit « l'inceste détruit les victimes, cela se répercute forcément dans leurs relations avec leurs propres enfants ». Les sages-femmes reconnaissent que la construction de la relation avec l'enfant peut être source de nombreuses angoisses : des angoisses de la femme vis-à-vis d'elle-même, mais également vis-à-vis de son entourage et de son environnement. Pour une nouvelle mère, les sages-femmes ont cité sa peur d'être une mauvaise mère (3%) et sa terreur de devenir un agresseur pour son bébé (6%). La récurrence de l'inceste par les personnes agressées est omniprésente même si non prouvée scientifiquement : « la femme craint de reproduire la même situation qu'elle a vécue elle-même », « risque de rejet de l'enfant par peur de réitérer les violences ». En effet, ces sensations des femmes victimes peuvent entraîner un rejet de l'enfant, comme les sages-femmes l'ont cité à 12% et aussi une grande appréhension des soins de maternage (cité par 10%), ce qui peut donner plus tardivement un maintien à distance de l'enfant (cité par 3%). Le vécu des femmes victimes d'inceste leur fait considérer le monde qui les entoure comme rempli d'agresseurs potentiels : elles ne peuvent plus faire confiance. Les conséquences de cet écueil de confiance ont été données par les sages-femmes interrogées. Une des sages-femmes écrit que les femmes ont « peur vis-à-vis de la famille, peur par manque de confiance vis-à-vis du conjoint », 3% des sages-femmes citent la mise à l'écart du père dans les conséquences de l'inceste sur les relations avec le nouveau-né. 10% de notre échantillon citent la peur des femmes pour la sécurité du bébé : « peur de la répétition des attouchements sur son enfant par quelqu'un », « voit l'enfant comme une future victime », « femmes très protectrices ayant toujours peur qu'il arrive quelque chose de négatif à leur enfant ». C'est cette

angoisse qui peut conduire les mères à être surprotectrices dans la relation à l'enfant, ce type de lien a été donné par 2% des sages-femmes.

De façon générale, il y a une méconnaissance des conséquences les plus graves que peut entraîner l'inceste. Les tentatives de suicide ne sont citées que par deux sages-femmes, l'automutilation par une seule. Pourtant, les femmes victimes d'inceste reportent des violences envers elle-même dans 20% des grossesses dans le mémoire de Magali LEFEBVRE (3). Le risque de maltraitance de l'enfant est donné par huit sages-femmes et le risque d'abandon et d'infanticide par une seule. Des résultats similaires se retrouvent à propos des violences conjugales, chez les médecins cette fois, dans la thèse des Dr. Amélie BOISMAIN et Marie GAUDIN (29): la gravité des répercussions de la violence est peu évoquée.

La partie connaissance du questionnaire se termine par deux questions : l'épidémiologie de l'inceste en France et les recommandations de l'HAS. Les sages-femmes de l'échantillon ont majoritairement surestimé la fréquence de l'inceste dans la population française (55%). Pourtant, dans les études sur la population générale, les violences, surtout les violences sexuelles sont sous-estimées (30). Cette inversion de la tendance peut s'expliquer avec l'échelle de réponses donnée dans le questionnaire. En effet, il y avait cinq propositions pour répondre à cette question : une valeur en-dessous (1%) et 3 valeurs au-dessus de 3% (5%, 7% et 11%). Il est donc normal d'avoir une surestimation de la fréquence chez les sages-femmes qui ne la connaissent pas. D'autre part, 11% n'ont pas répondu à cette question. Cela peut s'expliquer par la formulation de la question qui commence par « savez-vous », quelques sages-femmes ont indiqué ne pas savoir à côté de la question.

Les recommandations de la HAS concernant l'inceste sont très peu connues parmi les sages-femmes (4 sages-femmes seulement au sein de notre échantillon). Il est vrai que les recommandations de la HAS à propos de l'inceste concernent davantage les médecins généralistes et portent sur les mineurs. Elles ne sont pas adressées aux professionnels de périnatalité. Il serait intéressant de faire des recommandations sur le thème des violences sexuelles destinées aux professionnels évoluant à la maternité. En effet, lorsque les recommandations sont axées sur la périnatalité, la connaissance des sages-femmes est plus importante. Par exemple, dans le mémoire d'Adèle CORTET, sage-femme, qui évalue la pratique des sages-femmes sur la préparation à la naissance et à la parentalité, 59% des sages-femmes interrogées connaissent les recommandations de l'HAS sur ce sujet (31).

2.1.2 La formation des sages-femmes

Au sein de l'échantillon, seulement 30% des sages-femmes ont reçu une formation ou une information sur le sujet de l'inceste. Dans d'autres études concernant les violences, la formation rapportée est plus importante. En effet, dans le mémoire de ROUYEYRE Marjorie, sage-femme, qui fait l'état des lieux du dépistage des violences conjugales par les sages-femmes dans le Puy de Dôme en 2012, 78% des sages-femmes interrogées ont reçu une formation (30).

De plus, la majorité des sages-femmes souhaite une formation supplémentaire sur la problématique de l'inceste. Cette demande complémentaire peut s'expliquer en partie par deux éléments : l'insatisfaction des sages-femmes vis-à-vis de leur formation ou de leur information (54% sont insatisfaites) mais aussi par l'hétérogénéité des formations reportées dans le questionnaire. En effet, il existe une grande diversité sur ce point : formation continue, formation initiale, staffs et réunions professionnelles, publications, extraprofessionnel. Dans les autres formations citées, il y a un congrès de l'Association Internationale des Victimes d'Inceste, un Master de sciences sociales, un reportage télévisé, internet. Le niveau est bien évidemment différent entre la participation à un congrès spécialisé et le visionnage d'un reportage adressé au grand public. Pour être plus pertinent sur cette donnée, il aurait fallu demander dans le questionnaire si les sages-femmes étaient satisfaites pour chacune des formations reçues. De plus, la formation ou l'information sur le sujet de l'inceste ne semble pas donner un plus haut niveau de connaissance des sages-femmes au sein de l'échantillon : si la formation n'amène pas de résultats, il est normal que l'insatisfaction vis-à-vis de celle-ci soit importante. Il est possible que le problème réside dans le fait que la formation proposée ne soit pas suffisamment axée sur la profession et les aspects pratiques. La demande de formation complémentaire a aussi pu être biaisée par le fait que les sages-femmes se sont senties en difficulté pour répondre au questionnaire. Chez les sages-femmes n'ayant eu aucune formation, 89% d'entre elles en souhaitent en recevoir une sur la problématique de l'inceste. Sur l'ensemble de l'échantillon, c'est 85% des sages-femmes qui pensent qu'une formation serait utile. La demande est donc très importante et quasi-unanime.

Ce désir de formation est justifié au vu des résultats du score de connaissance. Les trois quarts des sages-femmes ont un score compris entre 0 et 4,5, c'est-à-dire

insuffisant ou moyen. La moyenne de notre échantillon est de 3,5 soit un score moyen (dans la fourchette basse).

Nous pouvons donc dire que notre première hypothèse est validée : les sages-femmes ne sont pas assez formées et informées sur le sujet de l'inceste.

2.2 Le dépistage des violences, en particulier celui de l'inceste, chez les sages-femmes

Dans l'étude, nous avons voulu savoir quelle est la pratique des sages-femmes concernant le dépistage des violences. Peu de sages-femmes de notre échantillon pratiquent le dépistage systématique : 10% pour les violences en général, 8% pour les violences sexuelles, 3% pour l'inceste. Chez les sages-femmes interrogées, 6% ne dépistent jamais les violences en général, 14% pour les violences sexuelles, 38% pour l'inceste. La fréquence de dépistage la plus citée est « rarement » pour toutes les catégories. La pratique du dépistage systématique des violences reste minoritaire, malgré les différentes études qui en montrent les avantages ; il est recommandé par l'HAS et l'American College of Obstetricians and Gynecologists (26,32). On retrouve des résultats similaires dans l'étude de Marjorie ROUVEYRE, sage-femme : seulement 11,5% des sages-femmes interrogées pratiquent un dépistage systématique des violences conjugales. Notre questionnaire ne demande pas aux sages-femmes d'identifier les freins au dépistage. Cependant, nous avons pu faire des liens avec d'autres questions.

Le lien entre connaissances du sujet et dépistage a été montré dans différentes études : « on ne dépiste que ce qu'on connaît bien » (30). Dans l'étude, c'est le niveau de connaissances donné par les sages-femmes qui a un lien avec la fréquence du dépistage de l'inceste. En effet, les sages-femmes déclarant un niveau de connaissances moyen ou satisfaisant dépistent significativement plus l'inceste. Ce n'est pas le cas avec le niveau de connaissances donné par le score : il n'y a pas de corrélation avec la fréquence de dépistage. Il semble donc que ce qui influence la pratique soit la perception de son propre niveau : avoir confiance en ses connaissances sur le sujet permet de dépister.

La sensibilisation au sujet influence également la fréquence du dépistage de l'inceste. En effet, le fait d'avoir suivi une patiente victime, d'avoir eu une formation

ou information sur le sujet de l'inceste, entraîne un dépistage significativement plus fréquent chez les sages-femmes interrogées. Le même résultat a été observé dans le mémoire de Mathilde DELESPINES : la sensibilisation des sages-femmes sur les violences (par une formation ou la participation à une étude) les incitait à une pratique de dépistage plus fréquente (27).

Les commentaires des sages-femmes à côté des questions sur le dépistage permettent d'identifier un autre frein au dépistage : le relationnel à la patiente. En effet, plusieurs sages-femmes indiquent la nécessité d'avoir un contact suivi avec la patiente pour effectuer le dépistage des violences: « seulement quand le contact est régulier et qu'un lien arrive à s'établir », « cela peut être supposé lors du premier contact et confirmé ou diagnostiqué par un interrogatoire bien mené », « cela n'est pas évident, le dépister peut se faire plus tard dans la grossesse et non lors du premier interrogatoire ». Cet élément a été aussi identifié par les sages-femmes de l'étude de Mathilde DELESPINES, sage-femme, et les médecins généralistes dans la thèse des Drs. Amélie BOISMAIN et Marie GAUDIN (27,29).

Les sages-femmes dépistent les violences le plus souvent en consultation prénatales (63%) ; seulement 25% les dépistent lors de l'entretien du 4^e mois. Or, d'après les recommandations de l'HAS, cet entretien prénatal précoce a notamment pour objectif de repérer les facteurs de vulnérabilité : la violence est citée dans ce document comme un des principaux facteurs (33). Ce faible pourcentage peut s'expliquer par le fait que cet entretien n'est pas mis en place au sein de toutes les maternités de l'échantillon et que les sages-femmes libérales ne le réalisent pas systématiquement. Le moment des dépistages dépend donc beaucoup de la pratique des sages-femmes interrogées. Même si les consultations prénatales semblent être un moment plus favorable pour aborder le sujet des violences, le dépistage paraît pouvoir se faire à tous les moments de la grossesse et même après l'accouchement : suites de couches, salle de naissance, service d'hospitalisation, séances de préparation à la naissance et à la parentalité, rééducation périnéale (« grand moment favorable » selon une sage-femme). Une sage-femme indique : « cela doit être détecté quelque soit le moment dès qu'il y a suspicion ».

Les sages-femmes qui dépistent l'inceste le font principalement par signes d'appel (44%). Pourtant, parmi elles, 64% (n=16) n'ont donné que 1 à 3 signes d'appel évoquant une femme victime. Deux sages-femmes n'ont cité aucun signe. Cette

étude montre l'insuffisance des connaissances des sages-femmes, ce qui les empêche de faire un bon dépistage : le dépistage par signes nécessite une connaissance solide. 11% des sages-femmes associent le dépistage par signes à l'interrogatoire, 6% insistent sur une observation fine du comportement et de l'attitude de la patiente. Deux sages-femmes détaillent davantage leur méthode de dépistage de l'inceste : « au fil de la conversation, de l'interrogatoire, si signes de reculs, en fonction de la patiente, je peux poser la question franchement ou par des moyens détournés. Parfois, à force de silences, elles parlent spontanément », « cela peut être supposé lors du premier contact et confirmé ou diagnostiqué par un interrogatoire bien mené, cela n'est pas évident ». La sage-femme doit s'approprier sa technique de dépistage pour être efficiente.

Notre deuxième hypothèse est donc validée : les sages-femmes dépistent peu les violences en général et encore moins l'inceste.

2.3 La prise en charge des patientes ayant été victimes d'inceste à la maternité

58% des sages-femmes de notre échantillon ont suivi des patientes ayant subi l'inceste : 19% une seule patiente, 33% de 2 à 10 femmes, 5% plus de 10 patientes victimes. Il n'y a pas de données dans la littérature qui permettent une comparaison. Ces chiffres montrent que les femmes victimes d'inceste ne sont pas une situation rare au sein de notre étude. De plus, il ne s'agit que des patientes repérées. Il est probable que des sages-femmes aient suivi des patientes victimes sans le savoir.

L'enquête cherche à savoir si les sages-femmes mises en situation face à une patiente victime ont modifié ou modifieraient leur prise en charge. 74% des sages-femmes ont modifié ou modifieraient leur prise en charge face à des patientes ayant été victimes d'inceste. Trois des sages-femmes qui n'ont pas modifié leur prise en charge indiquent que la patiente était déjà suivie en dehors de la maternité.

22 éléments de prise en charge différents ont été cités par les sages-femmes de l'étude. 18% des sages-femmes préconisent d'être plus attentif à la femme, à ses ressentis, à ses angoisses : c'est la prise en charge la plus fréquemment citée. Il n'y a donc pas de consensus dans la prise en charge puisqu'il n'y a pas d'attitude qui prévaut réellement par rapport à d'autres.

Cependant, les modifications proposées par les sages-femmes font partie des axes de la pratique sensible exposée par Santé Canada (12). La comparaison avec la pratique sensible de Santé Canada nous a paru adaptée puisqu'elle a été élaborée par des spécialistes à partir de nombreuses études sur le sujet des violences sexuelles dans l'enfance et leurs impacts sur le développement de la personne. De plus, le Canada est un pays occidental industrialisé comme la France. Les différentes prises en charge font également écho aux motifs d'insatisfaction exposés par les femmes ayant subi l'inceste quant à leur suivi en maternité, dans l'étude de Magali LEFEBVRE (3).

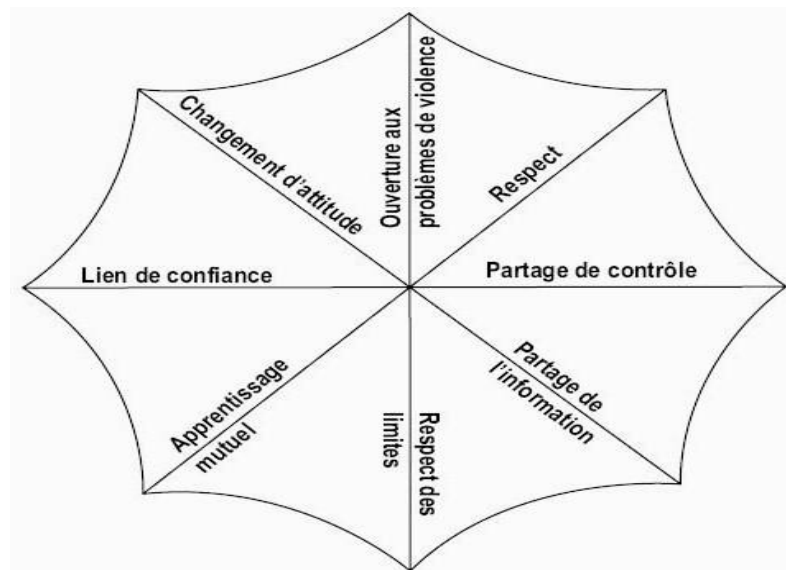


Figure 14 : Schéma du parapluie protecteur de la pratique sensible de Santé Canada avec les 7 axes (12)

La prise en compte des changements d'attitudes par le soignant se traduit ici par plus d'attention à la patiente (18%), être plus à l'écoute (10%), être plus vigilant (2%). C'est l'axe qui rassemble le plus de sages-femmes. Ces modifications de prise en charge répondent également au principal motif d'insatisfaction des femmes victimes d'inceste quant à leur suivi de grossesse : le manque d'écoute et d'attention du personnel médical (41% des femmes) (3).

Plus de précautions lors des examens vaginaux (13%), plus de douceur lors de l'examen en général (9%), être rassurante avec la patiente (2%) participent à l'établissement du partage de contrôle, qui place la patiente en tant que partenaire. L'instauration du lien de confiance avec la patiente passe par plus d'accompagnement (2%) avec un suivi régulier (1%), des consultations supplémentaires si besoin (3%), plus de temps consacré à la femme (11%) et une attention particulière portée à la confidentialité (1%). De plus, 36% des femmes

victimes d'inceste suivies en maternité se sont plaintes d'un manque d'accompagnement, d'encadrement de la part des soignants (3).

Les limites de la patiente doivent être repérées et respectées par le soignant : possibilité de diminuer les touchers vaginaux quand le suivi le permet (3%), respect de la pudeur (2%) et des exigences (1%) de la femme. Le partage d'informations claires et adaptées entre la sage-femme et la patiente est également donné dans l'étude par « plus d'explications » (4%) et « le choix des mots » (1%). Une des sages-femmes interrogées dit qu'elle ne modifie sa prise en charge que « si la patiente est en accord ». La démonstration d'ouverture à la problématique des violences est représentée par la mise en place d'un espace de parole (1%). Ce partage d'informations et cette ouverture à la problématique des violences sont également demandés par les patientes : le manque de dialogue est dénoncé par 21% des patientes victimes (3).

La patience, citée par une sage-femme, entre dans l'axe du respect. Il ressort également dans les souhaits des femmes victimes : 14% se sont senties jugées ou critiquées par l'équipe médicale lors de leurs demandes (3).

Même si la prise en charge n'est pas unanime, les différents éléments proposés correspondent aux demandes des patientes et au référentiel des pratiques canadiennes (12).

Il n'y a que deux sages-femmes qui évoquent une prise en charge plus spécifique aux victimes d'inceste. Elles insistent sur l'importance d'aider les femmes à reconnaître la gravité de l'acte qu'elles ont subi : « pour qu'elle voit l'inceste comme un acte grave ».

Au cours du questionnaire, nous avons aussi demandé la conduite des sages-femmes à propos de l'orientation des patientes vers un autre professionnel. Dans l'étude, 86% des sages-femmes ont orienté ou orienteraient les patientes victimes d'inceste vers un autre professionnel. 12 spécialistes différents ont été cités (Annexe III). Mais un professionnel se détache : 74% des sages-femmes ont proposé la possibilité d'adresser à un psychologue. Cette orientation majoritaire est justifiée puisque, dans le mémoire de Magali LEFEBVRE, 29% des patientes victimes d'inceste interrogées reprochent un manque de soutien psychologique (3). De plus, si on ajoute l'orientation vers un psychiatre et vers un pédopsychiatre, 83% des sages-femmes ont proposé ou proposeraient un suivi psychologique aux femmes. Plusieurs sages-femmes soulignent l'importance de la participation de la patiente

dans cette orientation : « si elle le souhaite je l'orienterai », « l'adresser aux personnels compétents selon ses besoins et avec son accord ». Les autres professionnels cités sont à proposer selon la situation de la patiente : volet social (assistante social, PMI, conseillère conjugale), volet médical (sexologue, ostéopathe, gynécologue), volet judiciaire (justice, police), travail sur soi (sophrologue).

Seulement 19% des sages-femmes interrogées connaissent des organismes spécialisés pour les femmes ayant subi l'inceste. Les sages-femmes ayant suivi une ou des patientes victimes connaissent davantage les organismes. Deux hypothèses peuvent expliquer cette observation : la sage-femme qui rencontre une patiente victime s'informe davantage sur les possibilités de prise en charge ou la patiente, elle-même suivie, informe la sage-femme. Ce sont principalement des associations de victimes (d'inceste ou de violences en général) qui ont été citées. Neuf sages-femmes ont mentionné l'Association Internationale des Victimes de l'Inceste. Dans l'étude de Magali LEFEBVRE, 63% des femmes victimes satisfaites de leur prise en charge en maternité évoquent comme motif : l'encadrement, les conseils, les informations, et les réponses données à leurs préoccupations (3). La connaissance des structures d'accueil est donc importante. Quand le soignant ne sait pas répondre sur un sujet spécialisé qui n'a pas fait partie de sa formation, il est essentiel qu'il puisse orienter. Une sage-femme qui a répondu ne pas connaître d'organismes a émis le souhait d'être informée « ce serait bien de savoir ». Les recommandations de l'HAS précisent que l'orientation fait partie du rôle propre de la sage-femme au cours d'un suivi de grossesse (26).

Notre troisième hypothèse est donc partiellement validée. Une prise en charge homogène et réfléchie en équipe ne semble pas exister mais la majorité des sages-femmes adapte leur pratique et oriente les patientes.

2.4 Le ressenti des sages-femmes face à la situation d'inceste

La plupart des sages-femmes citent l'empathie (65%) comme ressenti face aux patientes victimes ; le deuxième est la peur de mal faire (34%). Dans les autres sentiments indiqués par les sages-femmes, en dehors des propositions du questionnaire, on retrouve la « colère », le « besoin d'aider », l'« impuissance ». Six sages-femmes (6,5%) ne décrivent aucun ressenti en particulier : majoritairement, la

situation d'inceste chez les patientes entraîne chez les sages-femmes de notre échantillon une réaction d'ordre émotionnel. On peut classer les ressentis en positif (empathie, besoin d'aider) et en négatif (gêne, être démunie, peur de mal faire, colère, impuissance). Les ressentis négatifs représentent 51% des citations totales.

Le fait de ne pas aborder le sujet de l'inceste avec une patiente dont on connaît l'antécédent, peut être révélateur chez le soignant d'une certaine gêne ou appréhension face à ce sujet. Dans l'étude, cela concerne 27% des sages-femmes interrogées. Parmi celles qui ne l'ont pas abordé ou ne l'aborderait pas, un quart ne donne aucun motif. Pour les autres, les raisons citées au cours du questionnaire se ressemblent. Trois ressortent : l'instauration d'une relation de confiance avant de pouvoir aborder le sujet de l'inceste, le manque de temps et la peur d'être plus délétère qu'aidante. L'issue de la relation est la raison la plus fréquemment évoquée : « il faut créer une relation de confiance pour que la patiente puisse le verbaliser », l'abord du sujet se fait « selon la relation de confiance instaurée ». L'importance de la construction de la confiance dans la relation soignant-soigné est souvent mise en avant dans les travaux de sciences humaines, elle est d'ailleurs un des axes de la pratique sensible. Ainsi, dans le mémoire de Mathilde DELESPINES, les sages-femmes interrogées ont déjà abordé cette problématique à propos des violences chez la femme : l'abord du sujet est une « intrusion légitime s'il y a un suivi de la femme dans le temps » (27). Une des sages-femmes ayant rempli le questionnaire rapporte que « la patiente l'avait confié à un premier consultant et n'a plus souhaité en parler après ». Il peut être très difficile pour les victimes de pouvoir en parler avec un soignant. De plus, le fait de multiplier les interlocuteurs peut les décourager. La Haute Autorité de Santé va en ce sens lorsqu'elle recommande le suivi global des femmes au cours de la grossesse : « privilégier un groupe restreint de professionnels, idéalement une seule personne » (26). Dans la pratique, cet objectif est difficile à atteindre. En effet, avec la formation de structures importantes, les équipes sont plus nombreuses et les roulements plus fréquents. La création de postes de consultants (sages-femmes ou gynécologues-obstétriciens) avec une formation sur les violences pour prendre en charge les femmes victimes pourrait être une solution. Cependant, est-il pertinent pour ces praticiens de ne prendre en charge que des patientes victimes de violences sexuelles ?

Le deuxième item cité par les sages-femmes est le manque de temps consacré à une consultation. Il est fréquemment évoqué pour les violences faites aux femmes en

général ; on retrouve cette préoccupation chez les sages-femmes interrogées dans les mémoires de Mathilde DELESPINES et de Noémie ROUSSEAU, sages-femmes (27,32); elles évoquent un manque de temps auprès des patientes pour pouvoir aborder le sujet des violences.

La peur d'être délétère rejoint la peur de mal faire indiquée par les sages-femmes lors de la question précédente. Cet élément est donc la troisième raison donnée pour le « non abord » du sujet de l'inceste avec les patientes et le deuxième sentiment réactionnel évoqué par les sages-femmes : cela pourrait s'expliquer par le manque de formation. En effet, la grande majorité de notre échantillon n'a eu aucune formation sur le sujet de l'inceste, il n'est pas possible d'aborder sereinement un sujet que l'on ne connaît pas. Cependant, dans l'étude, il n'y a pas de lien entre la formation, le niveau de connaissance (déclaré et par score) et l'abord du sujet de l'inceste avec une patiente victime. Cela peut-être dû à l'effectif de notre étude (peu de niveaux de connaissances satisfaisants dans l'échantillon) et à d'autres facteurs non repérés ici. Dans le mémoire de Magali LEFEBVRE, le sujet de l'inceste n'avait été évoqué que dans 16% des grossesses des femmes victimes, et seulement pour 25% d'entre elles avec une sage-femme (3). Pourtant 41% des femmes, qui ne l'ont pas abordé, auraient souhaité en parler au cours de leur grossesse pour, principalement, pouvoir parler de leurs angoisses face à l'accouchement et à la future relation à l'enfant. Il semble donc important de proposer l'instauration d'un dialogue entre le soignant et la patiente sur le sujet de l'inceste.

La question de la satisfaction des patientes suivies par les sages-femmes de l'échantillon peut révéler aussi un certain inconfort. 6% des sages-femmes ayant accompagné des femmes victimes d'inceste ont indiqué que la patiente n'avait pas été satisfaite : « il n'y a pas vraiment eu de prise en charge », « peut-être aurait-elle préférée plus d'implication de ma part ». 33% des sages-femmes ayant suivi des patientes victimes (n=17) ont répondu ni oui ni non à cette question, beaucoup de remarques ont été ajoutées. Cinq sages-femmes ont écrit « je ne sais pas », cinq ont mis un point d'interrogation, deux ont noté « je l'espère », une a indiqué ne pas avoir eu de retour. Cela indique que les sages-femmes interrogées n'ont pas re-questionné leurs patientes. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : la sage-femme n'a pas revu la patiente, la sage-femme n'a pas osé s'enquérir du vécu de la femme, la sage-femme n'a pas eu le temps de se renseigner auprès de la patiente. Même parmi les sages-femmes qui ont répondu que la ou les patientes avaient été

satisfaites, certaines ont pondéré l'affirmation par la suite : « oui mais c'est difficile d'être objectif », « difficile de répondre, ce n'est pas non, et oui peut-être », « je pense qu'elle s'est sentie entourée (mais cela a-t-il changé sa vie pour après ?) ». Il n'y a pas de lien dans l'étude entre les doutes exprimés sur la satisfaction des patientes et les ressentis des sages-femmes donnés dans les questions précédentes.

Notre dernière hypothèse est donc partiellement validée. Au vue des résultats, il semble difficile d'aborder le sujet pour les sages-femmes car il soulève des doutes et des émotions assez fortes. Cependant, la plupart des sages-femmes abordent ou aborderaient le sujet de l'inceste avec les patientes concernées. Cette dernière donnée est à moduler à cause des faibles pratiques de dépistage reportées par les sages-femmes, le dialogue ne peut s'établir qu'après avoir « repéré » les patientes.

3. Propositions et pistes de recherche

3.1 La formation

Les violences sexuelles et l'inceste font l'objet d'enseignements dans certaines écoles de sages-femmes. Il est essentiel que tous les étudiants sages-femmes aient un enseignement de base ; il serait intéressant de proposer d'approfondir ces sujets, lors de la formation initiale, aux étudiants qui le souhaitent par des modules ou des Unités d'Enseignement.

Ce sujet doit également être l'objet de formation continue avec le développement de plusieurs outils : rappels théoriques et juridiques, outils de prise en charge, collaboration pluridisciplinaire, jeux de rôles. Pour être pleinement efficace, il est nécessaire que ces formations soient adaptées à la périnatalité : s'attacher aux conséquences sur la maternité, apprendre le repérage chez les femmes enceintes, encourager le dépistage systématique au plus tôt dans la grossesse, fournir des contacts pour la prise en charge psychologique et sociale des patientes, proposer des mises en situation. Dans un premier temps, informer davantage des formations continues déjà existantes sur le sujet serait utile : congrès et formations AIVI, formations avec l'association Mémoire Traumatique et Victimologie.

3.2 Le dépistage

La méthode de dépistage des violences la plus efficace semble être le dépistage systématique : il paraît important de le renforcer et de le généraliser chez les sages-femmes. De nombreuses femmes ne peuvent présenter aucun signe visible d'abus sexuel sur un temps court qu'est la consultation prénatale, le questionnement systématique permet de ne pas « passer à côté » d'elles. L'outil de dépistage utilisé par le Dr. Gilles LAZIMI dans ses études semble adapté à la profession de sages-femmes. En effet, il a été repris par Mathilde DELESPINES, dans son mémoire (27) : les sages-femmes, qui l'ont utilisé, l'ont trouvé facile à mettre en place. Il comporte l'avantage de présenter une gradation dans les questions et d'aborder le sujet des violences de manière directe : « avez-vous déjà subi des violences verbales ? des violences physiques ? des violences sexuelles ? ». En cas de réponse affirmative, il permet au soignant et à la femme, si elle le souhaite, d'aller plus loin.

La question qui se pose est de savoir s'il serait judicieux de faire apparaître ces questions dans le dossier obstétrical, au moment où on évoque la situation sociale. L'instauration de ces items doit être soutenue : sans information adéquate sur leur importance, les soignants ne rempliront pas ce paragraphe. Mettre des dépliants ou des affiches sur la prévention des violences dans la salle d'attente permet de sensibiliser les patientes en général et de montrer l'ouverture du praticien pour les patientes victimes. Leur présence peut interpeller la femme et l'inciter à se confier.

3.3 L'orientation

La conduite à tenir une fois le diagnostic posé peut être parfois difficile pour les sages-femmes. En effet, adresser la patiente vers des personnes compétentes est essentiel.

Au sein des structures multidisciplinaires (maternité et PMI), il faudrait au moins une personne formée à la problématique des violences sexuelles et de l'inceste (sage-femme, médecin, assistant social, psychologue...). Cette proposition a été faite dans le mémoire de Mathilde DELESPINES pour les violences en général (27). Le but est d'avoir une personne ressource détentrice de bases d'informations et capable de proposer des orientations spécifiques. De plus, la présence d'un professionnel formé incite souvent plusieurs autres membres de l'équipe à faire de même. La personne ressource peut aussi être contactée par les sages-femmes libérales si elles ont

besoin de guidance. Cependant, elle ne doit pas être un moyen pour les autres soignants de se « débarrasser » du suivi des patientes victimes. Ce soignant peut également « faire office de superviseur » (24). Dans un moment difficile de la relation entre la sage-femme et la patiente, en restant extérieur, il peut analyser ce qui s'est passé entre les deux protagonistes.

L'organisation de séances d'information avec les associations de victimes au sein des maternités ou des PMI ou dans des salles communales pour l'ensemble du réseau ville-hôpital apporterait une meilleure compréhension du fonctionnement de chacun et faciliterait la mise en place de lien de collaboration pour le bien-être des patientes.

Il serait utile de faire figurer dans les listings de contacts des maternités les numéros des associations de victimes de violences ou des professionnels formés. Ils trouvent leur place aussi bien que les autres intervenants pour assurer le meilleur suivi possible auprès des patientes.

3.4 Les pistes de recherche

Il est urgent de réaliser des recherches françaises sur les violences sexuelles dans l'enfance et l'inceste, afin de connaître davantage leur prévalence et leurs conséquences sur la santé. Des recherches sérieuses et de grande ampleur sur la population française permettront une meilleure sensibilisation des professionnels de santé et une prise en charge adaptée pour chaque patiente.

Une sensibilisation de première intention et de masse des professionnels de santé est un projet important à mettre en place. Pour la réaliser, l'hypothèse la plus plausible serait d'impliquer les Ordres, soit par l'envoi de mails d'informations, soit par la publication d'articles au sein de la revue dépendante de l'Ordre.

Actuellement, l'apprentissage par simulation clinique se développe de plus en plus dans la filière santé. Une des méthodes utilisées est la simulation numérique ou « serious game » (34). Tel un jeu vidéo, il met en situation l'utilisateur face à un patient virtuel qui présente des réactions de l'ordre du verbal et du non verbal. Utiliser un tel outil pour la formation des professionnels de périnatalité face à une patiente victime d'inceste dans différents scénarii serait, sans doute, générateur de beaucoup de progrès.

Conclusion

Les femmes ayant été victimes d'inceste doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement adapté lors de leur parcours de maternité. D'après les résultats de notre étude, cet objectif ne semble pas encore atteint.

En premier lieu, il convient de pouvoir « repérer » les patientes victimes. Peu de sages-femmes de notre échantillon effectuent un dépistage systématique des violences ; les violences sexuelles sont encore moins recherchées. Ce faible taux de dépistage semble pouvoir s'expliquer par le niveau de connaissances déclaré par les sages-femmes. En effet, le dépistage ne semble possible que si les sages-femmes ont confiance en leurs savoirs. Le ressenti des sages-femmes face à la situation d'inceste ne semble pas être une barrière : bien que de nombreux ressentis négatifs aient été cités, la majorité d'entre elles sont capables d'aborder le sujet avec une patiente victime. La plupart des sages-femmes interrogées adaptent leur prise en charge face à des patientes ayant été victimes d'inceste, mais elle n'est pas le fruit d'une réflexion d'équipe. De plus, nous avons pu noter un manque de connaissances des organismes spécialisés dans l'échantillon. Il paraît donc indispensable de proposer une formation spécifique à la périnatalité dans le domaine de l'inceste ; d'autant plus que les sages-femmes interrogées sont très peu à en avoir bénéficiée et très nombreuses à en demander une. La puissance de cette étude ne permet pas de généraliser les résultats ; faire une étude similaire de plus grande ampleur permettrait de confirmer et d'extrapoler les conclusions.

Travailler sur ce thème nous a fait réaliser la nécessité d'une sensibilisation de masse des professionnels de la périnatalité sur le sujet de l'inceste. Cependant, pour qu'elle soit efficace, il est urgent que la recherche française se dote de ses propres études et données en matière de violences sexuelles. Seules des études de grande ampleur, telles que l'ACE Study aux Etats-Unis, pourront permettre une prise de conscience de l'importance de l'impact des violences sexuelles sur la santé physique et psychique des victimes. L'objectif est d'engager la voie à une réflexion globale sur la prise en charge et l'accompagnement des femmes et des enfants, afin de permettre une prévention des troubles psychiques et physiques chez les victimes d'inceste et de la maltraitance chez leurs enfants.

Bibliographie

1. AUBRY I., APERS S., Association internationale des victimes de l'inceste. *Etre parent après l'inceste : l'inceste, quand les victimes en parlent !*. Paris: J. LYON, 2009, 279p.
2. APERS S. *Signaux d'alerte et phrases assassines*. Paris: Voiron, www.lesgrandesimprimeries.com, 2010, 12p.
3. LEFEBVRE M. *Grossesse et accouchement chez les femmes victimes d'inceste*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, Ecole de sages-femmes Jeanne SENTUBERY, 2011, 68p.
4. Sondage IPSOS/AXA Atout Cœur pour AIVI. *Les Français face à l'inceste*. Paris, janvier 2009.
5. Sondage IPSOS/AXA Atout Cœur pour AIVI. *Etat des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste: vécu, état de santé, impact sur la vie quotidienne*. Paris, mai 2010.
6. CONSEIL GENERAL DE LA SEINE-SAINT-DENIS. *Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles*. Bobigny: Observatoire départemental des violences envers les femmes, 2007.
7. DIQUELOU J.-Y. and al. Les troubles du comportement des femmes enceintes secondaires aux mauvais traitements antérieurement subis. *La Revue Sage-Femme*, septembre 2008, 7(4), 203-216p.
8. FORT M.-L. *PROPOSITION DE LOI visant à identifier, prévenir, détecter et lutter contre l'inceste sur les mineurs et à améliorer l'accompagnement médical et social des victimes*, CODE PÉNAL, N° 1538, 18 mars 2009.
9. DARVES-BORNOZ J-M, *Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste*. Paris : Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Masson, 1996, 260p.
10. *Violences en famille*. Paris: Institut des hautes études de la sécurité intérieure, 1997.
11. Centers for Disease Control and Prevention. *ACE Study - Adverse Childhood Experiences*. [Référence 12 septembre 2012]. <http://www.cdc.gov/ace/index.htm>
12. SCHACHTER C. and al. Family Violence Prevention Unit. *Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé : leçons tirées de survivantes d'abus sexuel dans leur enfance*. Ottawa: Santé Canada, 2001, 57p.
13. RUMSTEIN-MCKEAN O., HUNSLEY J. Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, avril 2001, 21(3), 471-490p.

14. COHEN T. Motherhood among incest survivors. *Child Abuse & Neglect*, décembre 1995, 19(12), 1423–1429p.
15. CHABERT D. CHAUVIN A. Devenir mère après avoir été abusée sexuellement dans l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2005, 53(1-2), 62–70p.
16. LEENERS B., and al. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, août 2006, 61(2), 139–151p.
17. BLONDEL B., KERMARREC M. *ENQUETE NATIONALE PERINATALE 2010: les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Services de Protection maternelle et infantile des Conseils généraux, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction générale de la santé, Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques, mai 2011, 132p.
18. BAYLE B., ALLILAIRE J.-F. *Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance : une clinique de l'interface soma-psyché*. Paris: L'Harmattan, 2006, 150p.
19. COLE P.M. and al. Parenting difficulties among adult survivors of father-daughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16(2), 239–249p.
20. SCHUETZE P., EIDEN R.D. The relationship between sexual abuse during childhood and parenting outcomes: Modeling direct and indirect pathways. *Child Abuse & Neglect*, juin 2005, 29(6), 645–659p.
21. FITZGERALD M.M. and al. Perceptions of parenting versus parent-child interactions among incest survivors. *Child Abuse & Neglect*, juin 2005, 29(6), 661–681p.
22. FREYDT C., LAZIMI G. Repérer les violences faites aux femmes. *Le Généraliste*, 13 mai 2011, 2564.
23. HOLZ K.A. A Practical Approach to Clients Who are Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Nurse-Midwifery*, 2 janvier 1994, 39(1), 13–18p.
24. DE GASQUET B. *Enfance abusée: La mort dans l'âme*. Paris: Robert Jauze Editeur, 2002, 113p.
25. KRAMER E., BONNET C. *L'inceste : repérer et prendre en charge en maternité*. Les Entretiens de Bichat, 2012, Paris.
26. HAS. *Recommandations professionnelles: Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Paris, mai 2007.
27. DELESPINE M. *Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes : intérêt et faisabilité lors de la première consultation prénatale ou de l'entretien du 4ème mois*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, Université Paris Descartes, Ecole de sages-femmes Baudelocque, 2009, 88p.

28. CAVILLON M. (Drees). La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. *Etudes et résultats*, mars 2012, 791, 11p.
29. BOISMAN A., GAUDIN M. *Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère* Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Université de Grenoble I, 2012, 324p.
30. ROUYEYRE M. *Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales : état des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, Université d'Auvergne, Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand, 2012, 79p.
31. CORTET A. *Etat des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé de Novembre 2005* Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme. Université Paris Descartes, Ecole de sages-femmes Baudelocque, 2010, 71p.
32. ROUSSEAU N. *Les sages-femmes face aux violences conjugales pendant la grossesse*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme. Université Paul Sabatier, 2008, 67p.
33. HAS. *Recommandations professionnelles: Préparation à la naissance et à la parentalité*. Paris, avril 2005.
34. « iLumens »: Laboratoire Universitaire Médical d'Enseignement basé sur les technologies Numérique et de Simulation. [Référence du 13 février 2013] <http://www.ilumens.org/>.

Annexes

Annexe I : Questionnaire de l'étude

Bonjour Mesdames, Messieurs,

Je suis étudiante sage-femme en 4ème année à l'école Baudelocque et je réalise actuellement mon mémoire pour le diplôme d'Etat sur incestes et maternité. Mon but est de faire le point sur les connaissances, la formation et la pratique clinique des sages femmes sur le sujet de l'inceste afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes lors de leur parcours de maternité.

L'aboutissement de ce mémoire repose sur votre collaboration, c'est pour cela que je me permets de vous solliciter aujourd'hui.

Ce questionnaire est destiné aux sages-femmes, il est anonyme et court (18 questions).

Je vous remercie d'avance pour votre participation et je vous souhaite une bonne journée

Questionnaire Sages-Femmes

1. Année de votre diplôme :
2. Code postal de votre lieu de travail :
3. Dans quel type de structure travaillez-vous ?
 - Maternité : ☐oui ☐non
 - Si oui, laquelle ?
 - Si oui, quel niveau ? ☐1 ☐2 ☐3 ☐3S
 - Libéral : ☐oui ☐non
 - PMI : ☐oui ☐non
 - Autres :
4. Comment évaluez-vous votre niveau de connaissances sur la problématique de l'inceste ?
☐ insuffisant ☐ moyen ☐ satisfaisant ☐ excellent
5. Quels signes d'appel vous évoquent une femme victime d'inceste ?
.....
.....
6. Quelles idées avez-vous des conséquences éventuelles de l'inceste pour les victimes autour de la parentalité ?
 - Conséquences sur la grossesse : ☐oui ☐non
 - Si oui, lesquelles ?
 -
 - Conséquences sur l'accouchement : ☐oui ☐non
 - Si oui, lesquelles ?
 -
 - Conséquences sur le post-partum : ☐oui ☐non
 - Si oui, lesquelles ?
 -

- Conséquences sur la relation parent-enfant : ☐ oui ☐ non
 - Si oui, lesquelles ?
 -
7. Savez-vous, combien, au moins, de personnes en France seraient victimes d'inceste ?
- ☐ 1% ☐ 3% ☐ 5% ☐ 7% ☐ 11%
8. Connaissez-vous les recommandations de l'HAS en matière d'inceste en France ?
- ☐ oui ☐ non
9. Avez-vous eu une formation/information par rapport à l'inceste ? ☐ oui ☐ non
- Si oui : - en formation initiale ? ☐ oui ☐ non
 - en formation continue ? ☐ oui ☐ non
 - lors de présentations/staffs/réunions professionnelles ? ☐ oui ☐ non
 - dans des publications ? ☐ oui ☐ non
 - dans votre vie extraprofessionnelle ? ☐ oui ☐ non
 - autres :
 - en avez-vous été satisfait ? ☐ oui ☐ non
 - pensez-vous avoir besoin d'une formation supplémentaire ? ☐ oui ☐ non
 - Si non, pensez-vous que cela pourrait vous être utile ? ☐ oui ☐ non
10. Dépistez-vous les violences faites aux femmes ?
- ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ systématiquement
11. Dépistez-vous les violences sexuelles faites aux femmes ?
- ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ systématiquement
12. Dépistez-vous l'inceste chez vos patientes ?
- ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ systématiquement
13. Si oui, comment dépistez-vous l'inceste ?
- ☐ sur signes d'appel ☐ par des questions lors de l'interrogatoire
- ☐ autres :
14. A quel moment réalisez-vous vos dépistages ?
- ☐ consultations prénatales ☐ entretien du 4^e mois ☐ salle de naissance
- ☐ suites de couches ☐ autres :
15. Avez-vous déjà suivi une/des patiente(s) ayant été victime(s) d'inceste ? ☐ oui ☐ non
- Si oui : ☐ 1 ☐ de 2 à 10 ☐ plus de 10
16. Si vous avez déjà suivi une patiente victime d'inceste :
- De quelle façon avez-vous su que la patiente avait été victime d'inceste ?
 - ☐ par réponse à vos questions lors du dépistage ☐ par la patiente, spontanément
 - ☐ par transmission d'un de vos collègues ☐ par un proche de la patiente
 - ☐ autres :
 - Quel a été votre ressenti face à la situation d'inceste ?
 - ☐ gêne ☐ rien de particulier ☐ peur de mal faire
 - ☐ empathie ☐ démuni ☐ autres :

- Est-ce que cela a modifié votre prise en charge ? ☐oui ☐non
 - Si oui, en quoi ?
- Avez-vous abordé le sujet de l'inceste avec la patiente ? ☐oui ☐non
 - Si non, pourquoi ?
- Avez-vous orienté la patiente vers un autre professionnel ? ☐oui ☐non
 - Si oui, le(s)quel(s) ?
- Pensez-vous que la patiente a été satisfaite de votre prise en charge ? ☐oui ☐non
 - Si non, pourquoi ?

17. Si vous n'avez jamais suivi de patientes victimes d'inceste :

- Selon vous, quel serait votre ressenti ?

<input type="checkbox"/> gêne	<input type="checkbox"/> rien de particulier	<input type="checkbox"/> peur de mal faire
<input type="checkbox"/> empathie	<input type="checkbox"/> démuni	<input type="checkbox"/> autres :.....
- Aborderiez-vous le sujet de l'inceste avec la patiente ? ☐oui ☐non
 - Si non, pourquoi ?
- Modifieriez-vous votre prise en charge ? ☐oui ☐non
 - Si oui, en quoi ?
- Orienteriez-vous la patiente vers un autre professionnel ? ☐oui ☐non
 - Si oui, le(s)quel(s) ?

18. Connaissez-vous des organismes spécialisés où orienter les victimes ? ☐oui ☐non

- Si oui lesquels ?

Annexe II : Signes d'appel et conséquences cités par les sages femmes

Signes d'appel évoquant une femme victime d'inceste cités par les sages-femmes

	signes d'appel	cité	% cité
1	vaginisme	61	65,59%
2	repli sur soi	17	18,28%
3	dépression	14	15,05%
4	troubles sexuels	9	9,68%
5	angoisse	7	7,53%
6	pudeur extrême	7	7,53%
7	rapport au corps difficile	6	6,45%
8	difficultés relationnelles	7	7,53%
9	désinvestissement de la grossesse	5	5,38%
10	mal-être	4	4,30%
11	refus TV	4	4,30%
12	tristesse	4	4,30%
13	anamnèse difficile	3	3,23%
14	femme jeune	3	3,23%
15	mineure	3	3,23%
16	mutisme	3	3,23%
17	père envahissant	3	3,23%
18	refus suivi par un homme	3	3,23%
19	examen trop facile	3	3,23%
20	troubles alimentaires	4	4,30%
21	conflit familial	3	3,23%
22	angoisse de l'examen clinique	2	2,15%
23	déni de grossesse	2	2,15%
24	grossesse mal suivie	2	2,15%
25	Tentatives de suicide	2	2,15%

26	Troubles psychologiques	2	2,15%
27	stagnation	2	2,15%
28	examen clinique difficile	2	2,15%
29	comportement non adapté	2	2,15%
30	conduites addictives	2	2,15%
31	Dépression du post-partum	2	2,15%
32	dépassement de limites	1	1,08%
33	périnée multicatriciel	1	1,08%
34	IVG répétées	1	1,08%
35	EE inversés	1	1,08%
36	automutilation	1	1,08%
37	souhait césarienne	1	1,08%
38	rupture familiale	1	1,08%
39	pas de signe souvent	1	1,08%
40	gêne	1	1,08%
41	dissociation	1	1,08%
42	désinvestissement du bébé	1	1,08%
43	relation au conjoint difficile	1	1,08%
44	parents surprotecteurs	1	1,08%
45	insensibilité à la douleur	1	1,08%
46	tokophobie	1	1,08%
47	regard fuyant	1	1,08%
48	Conjoint absent	1	1,08%
49	Grossesse précoce	1	1,08%

Conséquences de l'inceste lors de la grossesse citées par les sages-femmes

	Conséquences lors de la grossesse	citée	% citée
1	Vaginisme	19	20,43%
2	désinvestissement de la grossesse	17	18,28%
3	Grossesse mal suivie	17	18,28%
4	déni de grossesse	16	17,20%
5	Angoisse	14	15,05%
6	MAP	8	8,60%
7	Dépression	7	7,53%
8	Troubles psychologiques	7	7,53%
9	Grossesse mal vécue	5	5,38%
10	rejet de la grossesse	5	5,38%
11	flash-back	4	4,30%
12	découverte tardive	3	3,23%
13	Ambivalence	2	2,15%
14	Consultations aux urgences fréquentes	2	2,15%
15	IVG répétées	2	2,15%
16	mal-être	2	2,15%
17	troubles sexuels	2	2,15%
18	refus TV	2	2,15%
19	Pas de manifestation parfois	1	1,08%
20	surinvestissement g	1	1,08%
21	grossesse pathologiques	1	1,08%
22	Consanguinité	1	1,08%
23	pas de projection sur le bébé	1	1,08%
24	rapport au corps difficile	1	1,08%
25	troubles alimentaires	1	1,08%
26	accouchement prématuré	1	1,08%
27	conflit familial	1	1,08%
28	difficulté à accepter le changement	1	1,08%
29	Douleurs	1	1,08%
30	Grossesse précoce	1	1,08%
31	Infertilité	1	1,08%
32	pudeur extrême	1	1,08%
33	rapport conjoint difficile	1	1,08%
34	RCIU	1	1,08%
35	refus suivi par homme	1	1,08%
36	repli sur soi	1	1,08%
37	terme dépassé	1	1,08%
38	contractions utérines	1	1,08%
39	Difficulté à accepter les MAF	1	1,08%
40	HTA	1	1,08%
41	FC	1	1,08%
42	refus examens complémentaires	1	1,08%

Conséquences de l'inceste lors de l'accouchement citées par les sages-femmes

	Conséquences lors de l'accouchement	citée	% citée
1	stagnation	15	16,13%
2	tokophobie	14	15,05%
3	dystocie	12	12,90%
4	vaginisme	12	12,90%
5	césarienne	8	8,60%
6	accouchement instrumental	7	7,53%
7	angoisse	7	7,53%
8	faible tolérance à la douleur	7	7,53%
9	AVB difficile	6	6,45%
10	EE inefficaces	5	5,38%
11	flash-back	4	4,30%
12	refus EE	3	3,23%
13	terme dépassé	3	3,23%
14	Troubles psychologiques	2	2,15%
15	Travail mal vécu	2	2,15%
16	non engagement	2	2,15%
17	accouchement à domicile	1	1,08%
18	accouchement mal vécu	1	1,08%
19	accouchement prématuré	1	1,08%
20	peur de la confrontation au bébé	1	1,08%
21	Pas de signes parfois	1	1,08%
22	comportement non adapté	1	1,08%
23	désinvestissement	1	1,08%
24	prostration	1	1,08%
25	échec déclenchement	1	1,08%
26	grossesse pathologique	1	1,08%
27	refus suivi par un homme	1	1,08%
28	traumatisme	1	1,08%
29	accouchement sous X	1	1,08%
30	accouchement trop facile	1	1,08%
31	pudeur extrême	1	1,08%
32	épisiotomie	1	1,08%
33	mutisme	1	1,08%

Conséquences de l'inceste lors du post-partum citées par les sages-femmes

	conséquences pp	cité	% cité
1	Dépression du post-partum	19	20,43%
2	baby blues	10	10,75%
3	dépression	6	6,45%
4	allaitement difficile	4	4,30%
5	troubles sexuels	3	3,23%
6	Troubles psychologiques	3	3,23%
7	angoisse	3	3,23%
8	psychose puerpérale	3	3,23%
9	troubles périnéaux	2	2,15%
10	refus allaitement	2	2,15%
11	cicatrisation compliquée	2	2,15%
12	mutisme	1	1,08%
13	vaginisme	1	1,08%
14	décompensation psychiatrique	1	1,08%
15	conflit familial	1	1,08%
16	fragilité émotionnelle	1	1,08%
17	flash-back	1	1,08%
18	faible tolérance à la douleur	1	1,08%
19	distante	1	1,08%

Conséquences de l'inceste sur la relation parent enfant citées par les sages-femmes

	Conséquences sur le lien parent enfant	cité	%
1	lien mère bébé difficile	42	45,16%
2	rejet du bébé	11	11,83%
3	maternage difficile	9	9,68%
4	peur pour la sécurité du bébé	9	9,68%
5	Maltraitance	8	8,60%
6	peur d'incester le bébé	6	6,45%
7	filiation difficile	5	5,38%
8	relation distante	3	3,23%
9	mise à l'écart père	3	3,23%
10	peur d'être une mauvaise mère	3	3,23%
11	rôle du sexe du bébé	2	2,15%
12	relation fusionnelle	2	2,15%
13	surprotection du bébé	2	2,15%
14	crise identitaire	1	1,08%
15	Troubles alimentaires du nouveau-né	1	1,08%
16	désinvestissement du bébé	1	1,08%
17	culpabilité	1	1,08%
18	conflit familial	1	1,08%
19	Enfant agité	1	1,08%
20	abandon du nouveau-né	1	1,08%
21	limites non définies	1	1,08%
22	infanticide	1	1,08%

Annexe III : Les différentes prises en charge et orientations citées par les sages-femmes

Les modifications dans la prise en charge proposées par les sages-femmes pour les patientes victimes d'inceste

	<u>SF ayant suivi des victimes</u>		<u>SF n'ayant pas suivi de victimes</u>		<u>Totaux</u>	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
modifications PEC						
plus attentive	9	9,68%	8	8,60%	17	18,28%
précaution lors TV	10	10,75%	2	2,15%	12	12,90%
plus de temps	9	9,68%	1	1,08%	10	10,75%
plus à l'écoute	9	9,68%	0	0,00%	9	9,68%
NR	3	3,23%	6	6,45%	9	9,68%
plus douce	4	4,30%	4	4,30%	8	8,60%
PEC pluridisciplinaire	2	2,15%	4	4,30%	6	6,45%
plus d'explications	3	3,23%	1	1,08%	4	4,30%
moins de TV	1	1,08%	2	2,15%	3	3,23%
CS supplémentaires	0	0,00%	3	3,23%	3	3,23%
pas de TV	2	2,15%	0	0,00%	2	2,15%
plus d'accompagnement	0	0,00%	2	2,15%	2	2,15%
plus rassurante	1	1,08%	1	1,08%	2	2,15%
plus vigilante	2	2,15%	0	0,00%	2	2,15%
respect de la pudeur	2	2,15%	0	0,00%	2	2,15%
suivi régulier	1	1,08%	0	0,00%	1	1,08%
choix des mots	1	1,08%	0	0,00%	1	1,08%
patience	1	1,08%	0	0,00%	1	1,08%
plus ou moins	1	1,08%	0	0,00%	1	1,08%
espace de parole	1	1,08%	0	0,00%	1	1,08%
Respect des exigences	0	0,00%	1	1,08%	1	1,08%
plus de confidentialité	0	0,00%	1	1,08%	1	1,08%

Les orientations proposées par les sages-femmes pour les patientes victimes d'inceste

orientation	SF ayant suivi des victimes		SF n'ayant pas suivi de victimes		totaux	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
psychologue	37	39,78%	32	34,41%	69	74,19%
AS	6	6,45%	8	8,60%	14	15,05%
psychiatre	4	4,30%	0	0,00%	4	4,30%
sexologue	1	1,08%	3	3,23%	4	4,30%
pédopsychiatre	2	2,15%	2	2,15%	4	4,30%
PMI	1	1,08%	1	1,08%	2	2,15%
conseillère conjugale	2	2,15%	0	0,00%	2	2,15%
associations	0	0,00%	2	2,15%	2	2,15%
ostéopathe	1	1,08%	0	0,00%	1	1,08%
gynécologue	1	1,08%	0	0,00%	1	1,08%
police	0	0,00%	1	1,08%	1	1,08%
sophrologue	0	0,00%	1	1,08%	1	1,08%
justice	0	0,00%	1	1,08%	1	1,08%

Les organismes spécialisés cités par les sages-femmes

Organismes	Effectifs	%
AIVI	9	9,68%
CFCV	3	3,23%
SOS femmes battues	2	2,15%
119	1	1,08%
collectif inceste	1	1,08%
femmes violence écoute	1	1,08%
structures hospitalières	1	1,08%

Annexe IV : Contacts utiles

Les contacts pour les professionnels :

- <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>
- <http://www.avecegalite.com/> rubrique « lutte contre les violences faites aux femmes »

Les associations de victimes :

- L'Association Internationale des Victimes de l'Inceste (AIVI) : <http://aivi.org>
- Mémoire traumatique et victimologie : <http://memoiretraumatique.org>
- Collectif Féministe contre le Viol (CFCV) : <http://www.cfcv.asso.fr/> (01.45.82.73.00)
- L'Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation (INAVEM) : <http://www.inavem.org> : regroupe plusieurs associations
- Viol femmes informations : 0800.05.95.95 (gratuit)

Consultations spécialisées : (liste non exhaustive)

- Centre du Psychotraumatisme - Institut de Victimologie :
 - 131 rue de Saussure 75017 Paris
 - Tel : 01.43.80.44.40
- CDDPS d'Aubervilliers, consultation de victimologie :
 - 1 rue Sadi Carnot 93300 Aubervilliers
 - Tel : 01.48.33.00.45
- CMS de Romainville, Consultation de psychotraumatologie et de victimologie gratuite
 - 15 rue Sadi Carnot 93230 Romainville
 - Tel : 01.41.83.17.70
- Centre de thérapie familiale des Buttes Chaumont
 - 20 bis rue du Rhin 75019 Paris
 - Tel : 01.42.40.03.39

- Centre de psychotraumatologie CHU Tenon
 - 4 rue de la Chine 75020 Paris
 - Tel : 01.56.01.71.82
- Consultation de victimologie Hôpital Robert Ballanger
 - boulevard Robert Ballanger 93600 Aulnay-sous-Bois
 - Tel : 01.49.36.71.62

Les centres d'information des droits des femmes et des familles :

Le réseau national de 114 CIDFF propose des services spécialisés d'information et d'accompagnement des femmes victimes de violences (<http://www.infofemmes.com>).

Il est dirigé par le centre national d'information des droits des femmes et des familles :

- Adresse : 7, rue du Jura - 75013 PARIS
- Téléphone : 01.42.17.12.00.

Il y a également les chargés de mission départementaux aux droits des femmes et à l'égalité : ils travaillent à la préfecture et permettent de connaître les contacts locaux compétents en matière de violence. (Paris : 01.49.28.44.73 ; Seine-Saint-Denis : 01.41.60.64.73 ; Seine-et-Marne : 01.64.71.77.85)

Annexe V : Témoignages

Ces témoignages sont issus du livre *Etre parent après l'inceste* d'Isabelle AUBRY et Sandrine APERS.

Témoignages sur la grossesse :

Vanessa qui va à un rendez-vous chez un gynécologue pour envisager une grossesse :

« Je me souviendrais toujours de ce lundi là quand il m'a dit qu'il fallait faire un examen. J'ai commencé à paniquer et il s'en est rendu compte. Il m'a rassuré en disant que ce n'était pas obligatoire aujourd'hui, mais qu'il faudrait le faire avant de dire oui à mon projet. Je me suis dit « je le veux vraiment ce petit bout alors allons-y ». Pendant tout l'examen, il m'a fait participer et me répétait tout le temps que j'étais maître de la situation, que si je voulais dire STOP je le pouvais à tout moment. Pour la première fois, c'était moi qui pouvais maîtriser cette partie de mon corps. Je n'étais pas qu'un objet, mais une personne aussi. »

« Tout au long de ma grossesse, j'ai fumé, j'ai bu de l'alcool, je sortais en boîte tous les samedis soirs, je ne prenais pas soin de mon corps dans l'espoir de perdre ce bébé. Je détestais sentir l'enfant bouger dans mon ventre, ce corps qui se promène, qui vous donne des coups, c'est une chose que l'on ne peut pas maîtriser et qui me dérangeait fortement. »

« Quand je suis enceinte, je suis heureuse, je me sens bien, je ne pense à rien d'autre qu'à ce bébé qui pousse en moi. Je ne vis pas que pour moi, je vis pour deux. »

Témoignages sur l'accouchement :

« Je ne me suis pas rendu compte que mon corps fabriquait un enfant, j'avais pris un peu de poids, c'est tout... Lorsque je me suis retrouvée à accoucher dans ma chambre, ça a été l'enfer ! En voyant cet enfant inattendu, je n'avais qu'une envie : l'étouffer avec un oreiller. Je ne l'ai pas fait, mais l'envie était là, très présente. Finalement, je n'ai pas pu garder cet enfant. Rien n'était prévu pour que je le garde ! J'aurai tant voulu que l'on m'aide à l'hôpital... »

« Mon premier accouchement a été HORRIBLE ! Ça aurait pu être un viol, ça aurait été pareil pour moi, puisqu'en fait l'obstétricien m'a remise dans une position de complète dépendance et les personnes autour n'écoutaient pas ce que j'avais à dire. »

« A partir de cette naissance, j'ai su que je savais être une mère aimante et j'ai réalisé avec effroi le peu de cas que mes parents avaient eu de mon existence. Je peux dire que la naissance de mon fils aîné a été un électrochoc salutaire, j'ai débuté un travail intérieur douloureux, mais j'ai retrouvé les causes de mon mal-être. »

« J'ai adoré accoucher. Pour moi ce bébé était comme un nettoyeur ; il allait me laver de tout. »

Témoignages sur les flash-back :

« Un jour, après la naissance de ma fille, lors d'une dépression du post-partum, le principal souvenir le plus traumatisant est revenu subitement en un quart de seconde. J'étais à l'hôpital face à mon armoire, et on aurait dit qu'un squelette sortait du placard ! Tout un tas de flashs, de sensations, de phrases, et de scènes sont revenus pêle-mêle en une fraction de temps. Une douleur fulgurante ! »

Témoignages sur la relation à l'enfant :

« A la sortie de la maternité, le baby-blues m'a envahie. De nouveau, je me retrouvais seule, isolée, face à moi-même et je fus envahie d'un affreux doute : allais-je être à la hauteur de la tâche ? Quelle responsabilité de s'occuper d'un être sans défense ! Saurais-je toujours lui apporter la sécurité, puis peu à peu la liberté, l'autonomie dont il aurait besoin ? Saurais-je l'aimer comme il faut sans l'étouffer, en le respectant ? Pouvait-on, pouvait-elle me faire confiance ? Pouvais-je faire confiance à son père ? A ses grands-parents ? A quiconque si je devais la laisser ? Ces questions, je me les suis posées pour chacun de nos enfants. J'analysais mes gestes, mes pensées, me demandant si je faisais bien ou mal, si je la ou le respectais correctement, lui apportais la sécurité nécessaire, lui laissais un espace de liberté suffisant, lui donnais assez d'amour ? »

« De retour chez moi, j'avais très peur de laver mon fils. J'avais peur que chaque changement de couche ou chaque toilette soit un geste incestueux. Je n'ai jamais pu décalotter mon fils, même avec l'aide du pédiatre. »

« C'est difficile d'éduquer un enfant quand soi-même, on n'a pas eu d'enfance. Je ne veux que leur bonheur, c'est certain. Mais ce que j'ai appris, c'est que le bonheur ne se fait pas en faisant simplement plaisir aux enfants. Ils ont besoin de limites, mais les limites me font peur. Et surtout, mes limites sont perturbées. »

« J'ai l'impression de me voir moi ; j'ai envie de lui dire : « ne crois personne, ne fais pas confiance aux adultes, ne t'approche pas, je vais te faire du mal, ne crois personne, fuis moi ! », mais les enfants ça cherche de l'amour, et j'ai beau la mettre à distance, elle revient toujours. »

« Je me sentais si écrasée par la responsabilité de mon bébé que parfois, en le promenant dans son landau, je me disais que je pourrais l'abandonner là, que quelqu'un le trouverait vite, quelqu'un de plus apte que moi à être mère... puis je me mettais une grande claque ! Et je me disais : ne fais pas comme « eux », tu n'es pas pareille ! Je suis si heureuse aujourd'hui d'avoir ce petit garçon. »

Victimes d'inceste en maternité :

Etat des lieux de la connaissance et des pratiques des sages-femmes

3% de la population française serait victime d'inceste. Ce traumatisme peut entraîner de lourdes conséquences chez la femme, notamment lors de son parcours de maternité. Notre objectif est d'évaluer les connaissances, la pratique professionnelle et le ressenti des sages-femmes face à la problématique de l'inceste pour pouvoir définir leur besoin en formation afin que les femmes victimes puissent bénéficier d'un suivi adapté.

L'étude réalisée est qualitative: 93 sages-femmes en maternité, en libéral ou en PMI ont rempli notre questionnaire. Les sages-femmes interrogées sont insuffisamment formées sur le sujet de l'inceste et dépistent peu les violences. Une prise en charge existe mais elle n'est pas élaborée en équipe. L'inceste reste un sujet difficile à aborder.

Il est donc essentiel de développer une formation sur l'inceste adaptée aux professionnels de la périnatalité. Afin d'étayer cette formation, la recherche médicale sur la thématique des violences sexuelles doit se développer.

Mots-clés : Inceste, adultes victimes de maltraitance dans l'enfance, maternités (hôpital), profession de sage-femme, formation

Incest victims in maternity:

knowledge and practices of midwives

Up to 3% of the French population are victims of incest. This trauma can lead to serious consequences for women, especially during pregnancy and motherhood. Our objective is to evaluate the knowledge, the professional practice and the feeling of midwives regarding incest. It has been done to define their training needs so that female victims can benefit from suitable follow up.

The study is qualitative; 93 midwives, working in maternity wards, independently or in mother and child welfare centers, completed our questionnaire.

Midwives interviewed are insufficiently informed about incest and have low screening capability to detect violence. In general, patient care exists but it is not the result of a team's thoughts. Incest is still a difficult subject to broach.

It is therefore essential to develop adequate training for perinatal professionals regarding incest. In order to enhance this training, further medical research on the subject of sexual violence must also be made.

Keywords : Incest, adult survivors of child abuse, hospitals, maternity, midwifery, training